

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

PARALYSIES LARYNGÉES (RÉCURRENT ET ABDUC-
TEUR). — REMARQUES ANATOMIQUES ET PHYSIO-
LOGIQUES. — ÉTIOLOGIE DES PARALYSIES D'ORIGINE
CENTRALE (1).

Par **J.-W. GLEITSMANN** (de New-York).

Les paralysies récurrentielles d'origine centrale, choisies par votre conseil comme sujet de discussion générale, constituent à mon avis le problème le plus difficile et en même temps le plus intéressant de tout le domaine de la laryngologie ; c'est le plus intéressant, car il conduit le laryngologiste au delà des frontières de la spécialité ; c'est le plus difficile, car il le met aux prises avec les questions les plus compliquées de la neurologie, et pour lesquelles les auteurs partagent souvent des opinions opposées.

Pour bien comprendre le travail qui m'est assigné : « Les causes centrales des paralysies du récurrent et de l'abducteur », il est absolument nécessaire de posséder une conception précise des centres moteurs corticaux et bulbaires, de leurs principales fonctions et de leurs rapports. Aussi, avec l'approbation de votre président, je ferai une analyse anatomique rapide, et j'ajouterai tels faits physiologiques et pathologiques qui auront un rapport direct avec notre sujet.

1° REMARQUES ANATOMIQUES. — Le larynx doit remplir deux

(1) Rapport lu devant l'Association américaine de laryngologie au XXX^e Congrès annuel, Montréal, mai 1908. Traduction par FERNAND LEMAITRE.

fonctions diamétralement opposées l'une à l'autre : la phonation et la respiration.

Le centre principal de la phonation, acte volontaire qui consiste dans l'adduction des cordes, siège dans le cortex ; le centre principal de la respiration, acte réflexe qui consiste dans l'abduction des cordes vocales, siège dans le bulbe. De plus, il existe des centres inférieurs de moindre importance siégeant, pour la phonation, dans le bulbe ; pour la respiration, au niveau du cortex. Ces centres sont réunis par des fibres nerveuses qui s'étendent de la corticalité au bulbe et inversement, à travers la capsule interne. Le centre moteur cortical phonatoire fut découvert par H. Krause (1), qui le localisa au niveau de la portion descendante de la préfrontale.

Ces recherches furent confirmées par Semon et Horsley (2 et 3), qui, en étendant leurs recherches, trouvèrent au niveau du cortex des zones motrices accessoires destinées à accélérer la respiration et à augmenter l'ampleur.

Risien Russel (4), par d'ingénieuses expériences, réussit à trouver au-dessous du centre phonatoire une zone dont l'excitation détermine l'abduction des cordes.

Il n'y a pas besoin de commenter plus longuement la figure ci-contre prise dans l'article de Semon du *Manuel laryngologique* de Heymann (fig. 1).

La représentation bulbaire du larynx siège au niveau du quatrième ventricule ; on trouve dans l'aile grise deux zones dont l'excitation produit nettement l'abduction des cordes, l'acte respiratoire. De plus, il existe des zones plus petites pour l'adduction bilatérale, pour l'adduction unilatérale et pour la position cadavérique des cordes ; chacune de ces localisations est représentée par la figure 2, également empruntée à l'article de Semon (fig. 2).

L'existence des centres accessoires signalés plus haut a été prouvée par des expériences répétées sur des animaux et dont nous ne citerons qu'un exemple.

(1) *Archiv. für Anatomie und Physiologie*, 1884, Bd. « Physiolog. », p. 203.

(2) *Phil. Transact. Royal Society of London*, vol. 181, 1890, p. 187-211.

(3) *International Medical Congress*, 1890, vol. IV, part. 42, p. 132.

(4) *British med. Journ. Aug.*, 1895, p. 481.



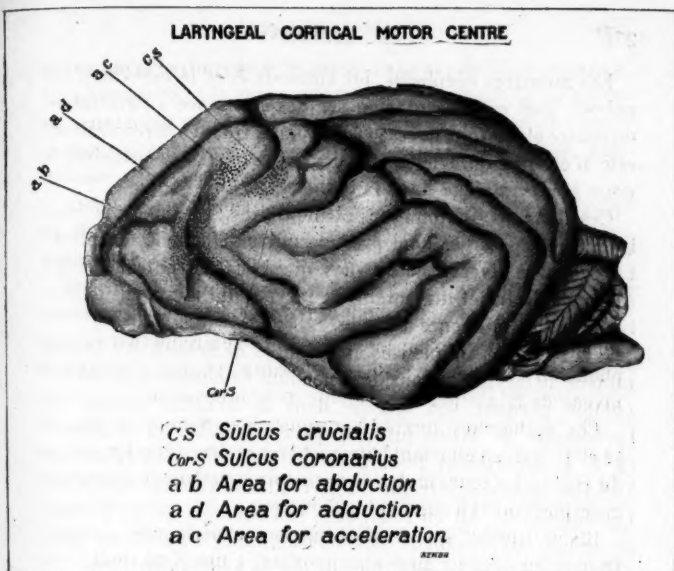


Fig. 1.

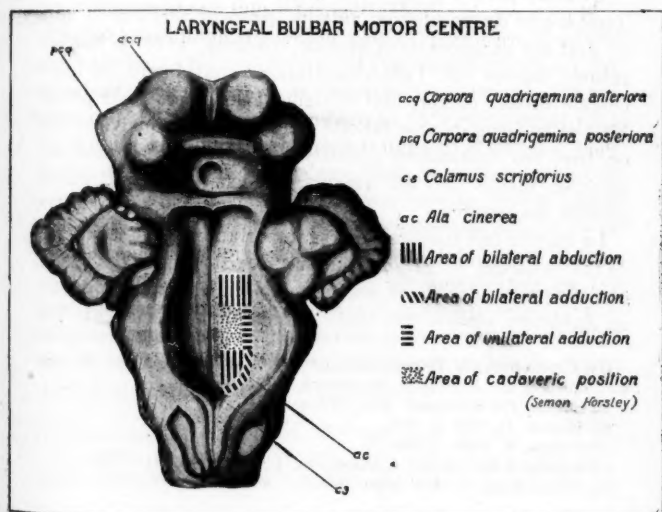


Fig. 2.

Les monstres acéphales, les animaux dont le cerveau a été enlevé, sont capables de pousser des cris grâce à l'excitation du centre phonatoire accessoire bulbaire. Quant à la respiration, elle n'est pas influencée : le centre respiratoire principal a donc bien son siège dans le bulbe.

Ces données anatomiques élémentaires, résumées le plus brièvement possible, sont presque universellement acceptées. La première divergence de vues que nous rencontrons surgit à propos du trajet du moteur du larynx, qui n'est pas définitivement fixé à l'heure actuelle.

A la suite des soigneuses expériences de Schech (1), le nerf moteur du larynx fut considéré pendant de nombreuses années comme prenant son origine dans la branche interne de l'accessoire de Willis jusqu'au jour où Onodi et Grabower (2, 3, 4) apportèrent des arguments importants en faveur de l'origine pneumogastrique du nerf. Et une autorité reconnue, Oppenheim (5), dit, en 1905, dans son ouvrage, qu'il n'y a rien de certain concernant la participation du nerf accessoire dans l'innervation des muscles fournis par le pneumogastrique.

Un autre point très discuté concerne la nature du récurrent. Tandis que de nombreux auteurs pensent fermement que ce nerf est exclusivement moteur, d'autres, avec de bonnes raisons basées sur l'expérimentation, considèrent ce nerf comme mixte, comprenant également des fibres centripètes. Mais cette façon de voir fût-elle exacte, nous ne pouvons pas en tirer des conclusions définitives en pathologie humaine, puisque, même chez les animaux, il existe des différences suivant les espèces.

Le dernier fait anatomique très important est la découverte de Risien Russel (6). Selon cet auteur, il existe, pour l'abduction et l'adduction, des fibres nerveuses spéciales, qui cheminent en faisceaux séparés sur toute la hauteur du récurrent; les

(1) *Experimentelle Untersuchungen über die Funktion der Nerven und Muskeln des Kehlkopfs*, Würzburg, 1873.

(2) *Archiv. für Laryngol.*, XII, 1902, p. 70.

(3) *Ibidem*, II, 1895, p. 144.

(4) *Ibidem*, X, 1900, p. 320.

(5) *Lehrbuch der Nerven Krankheiten*, 4 Auflage, Bd. I, p. 511.

(6) *Proceedings of the Royal Society*, vol. 1892, march. 31, p. 102.

fibres abductrices sont à la partie interne du tronc nerveux; les adductrices, à la partie externe. Elles peuvent être séparées de telle façon qu'une bande réponde à l'excitation électrique exclusivement par l'abduction, et l'autre bande par l'adduction.

Ainsi se trouve solutionnée la question de l'action double et diamétralement antagoniste d'un même nerf supposé homogène.

2° REMARQUES PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES. — Les centres moteurs corticaux du larynx diffèrent des autres centres en ce que l'irritation d'un seul centre est toujours accompagnée de l'abduction bilatérale symétrique des cordes, ce qui se produit également lorsqu'un centre cortical a été détruit par la maladie ou enlevé expérimentalement. Cette observation physiologique a été acceptée universellement jusqu'au jour où Masini (1) prétendit avoir trouvé une localisation corticale, au niveau de laquelle on pouvait provoquer des mouvements de l'hémi-larynx opposé. Des expériences ultérieures n'ont pas vérifié les assertions de Masini; et récemment Katzenbach (2) obtint par une méthode nouvelle des mouvements semblables, aussi bien du côté opposé que du côté correspondant.

L'excitation du centre bulbaire sur la respiration et l'aspect de la glotte ont été soigneusement étudiés par Semon (3) dans son désir de s'assurer si la corde vocale jouait un rôle actif pendant la respiration tranquille, et de déterminer la cause de la différence qui existe dans la largeur de la glotte pendant la vie et la position cadavérique après la mort, ou après des lésions du pneumogastrique ou du récurrent. Semon trouva, par de nombreuses et soigneuses mensurations, faites avec des miroirs gradués, que chez plus de 80 p. 100 d'adultes la glotte reste stationnaire durant la respiration tranquille et est considérablement plus large que dans la position cadavérique. La largeur moyenne de la glotte chez l'homme, pendant la vie, est de 13^{mm},5; après la mort, 5 millimètres; chez la femme, 11^{mm},5 et, après la mort : 4 millimètres.

(1) *Bolletino d. mal. dell' Orecchio*, 1893, July, p. 151.

(2) *Archiv für Anat. und Physiol.*, 1905, Heft 3 et 4, p. 396.

(3) *Proceedings of the Royal Society*, vol. XLVIII, 1890, p. 403.

Sans entrer dans un exposé détaillé de ces expériences et de ces arguments, disons que Semon est conduit aux conclusions suivantes : La largeur plus grande de la glotte pendant la vie est le résultat d'une activité permanente des muscles abducteurs, activité due à l'impulsion tonique et rythmique reçue par les centres respiratoires par l'intermédiaire des ganglions médullaires et des fibres centripètes du pneumogastrique. Semon appelle cette action physiologique des muscles abducteurs le « tonus abducteur ».

Je ne puis terminer ces remarques qui servent d'introduction sans appeler votre attention sur la prédominance très marquée de la paralysie des abducteurs dans les lésions organiques progressives.

Tandis que Rosenbach (1), sur la foi d'un cas de cancer de l'œsophage, accompagné au début de paralysie des deux abducteurs et plus tard des deux nerfs récurrents, fut le premier à proclamer que les abducteurs souffraient les premiers d'une compression du récurrent, c'est à Semon que revient l'honneur d'avoir prouvé que cet important processus pathologique se voit non seulement dans les lésions locales affectant le nerf dans son trajet périphérique, mais aussi dans les affections centrales, aussi bien cérébrales que spinales.

La première publication de Semon (2) parut en 1881, dans les *Archives de laryngologie*, journal américain important de notre spécialité qui disparut prématurément par suite de l'indifférence des laryngologistes à cette époque.

Les affirmations de Semon rencontrèrent de vives oppositions et donnèrent lieu à de nombreuses controverses, quelquefois pleines d'acrimonie, et qui n'eurent pas toujours un caractère hautement scientifique. Grâce aux recherches incessantes qu'il fit depuis 1881 jusqu'en 1897, et grâce à ses publications, trop nombreuses pour être citées, Semon eut finalement la satisfaction de voir universellement connu ce que l'on appelle la « loi de Semon ».

Ce serait dépasser le but de ces remarques que d'énumérer les arguments fournis par Semon à l'appui de ses assertions,

(1) *Breslauer aerztliche Zeitung*, 1880, nos 2 et 3.

(2) *Archiv. of laryngology*, vol. II, 1881, n° 3, p. 197.

dont chacun de nous a eu maintes fois l'occasion de confirmer l'exactitude.

La véritable cause de la prédominance de la paralysie des abducteurs n'a pas encore été définitivement déterminée.

Grabower (1) crut, il n'y a point longtemps, avoir trouvé la solution du problème par l'anatomie, celle-ci remplaçant les recherches expérimentales précédemment employées. Il examina l'innervation des muscles du larynx par rapport à l'aspect de leurs terminaisons nerveuses et compta dans chaque muscle le nombre des fibres nerveuses. Il trouva que la branche destinée à l'abducteur ne se divise pas en petits rameaux irradiant dans différentes directions, comme cela a lieu pour les adducteurs, et que le nombre des fibres nerveuses est moindre dans ceux-là que dans ceux-ci. Le posticus a en moyenne 281 fibres terminales; les thyro-aryténoïdiens (interne et externe) en ont 485; le transverse, 279, et l'ensemble de toutes les fibres abductrices est de 680.

Je n'ai pu trouver de rapport confirmant les recherches de Grabower; mais, bien que je ne me sente pas compétent pour juger les mérites de cet auteur, je puis dire que je considère cette façon de voir comme la solution la plus acceptable du problème en litige.

Ainsi peut s'expliquer d'une façon naturelle, par une anomalie anatomique, la première et la seule exception à la loi de Semon, qui s'est présentée depuis vingt-cinq ans, et qui fut observée par Saundby (2) dans un cas de cancer de l'œsophage; je laisse d'ailleurs l'analyse de cette observation aux auteurs qui doivent s'occuper des paralysies récurrentielles d'origine périphérique. Semon (3) admet franchement les faits dans le cas de Saundby, mais il ne put en donner d'explications. A l'occasion de son voyage aux États-Unis en 1904, j'ai attiré l'attention de Semon sur les explications de Grabower; Semon ne sembla pas s'en remettre à cette interprétation; il incrimina plutôt les différences biologiques de structure des muscles et des nerfs du larynx, qui sont évidentes d'après l'expérimen-

(1) *Archiv für Laryngol.*, Bd. XVI, 1904, p. 189.

(2) *British Med. Journ.*, 1904, march. 12.

(3) *Internationales Centralblatt für Laryngol.*, 1904, p. 225.

tation chez les animaux jeunes et vieux et chez les animaux d'espèces différentes; il incrimina plus encore les influences différentes que produisent sur le récurrent et la narcose superficielle et la narcose profonde, influences que l'un de nos regrettés collègues, Hooper (1), fut le premier à rechercher.

3° ÉTIOLOGIE. — Les paralysies du récurrent et de l'abducteur de cause centrale sont produites par des affections organiques, tandis que les paralysies de caractère fonctionnel, qui surviennent dans l'hystérie, les émotions psychiques, le shock, etc., sont des paralysies des abducteurs, mais non de véritables paralysies récurrentielles. Se basant sur la localisation et la nature des maladies, nous pouvons distinguer des paralysies dues :

1° A des lésions corticales ;

2° A des troubles des faisceaux nerveux, au niveau de la capsule interne, entre le cortex et le bulbe ;

3° A des lésions bulbaires ;

4° A la syphilis ;

5° A des tumeurs, des exostoses de la base du crâne déterminant une compression du pneumogastrique ;

6° A des affections médullaires ;

7° Enfin à des paralysies du type Avellis et Hughling Jackson.

En commençant par les paralysies dues à une lésion corticale, nous entrons d'emblée sur un terrain très contesté.

Un grand nombre de cas ont été publiés, dans lesquels les auteurs déclarent qu'une affection corticale unilatérale a causé une paralysie organique unilatérale; dans beaucoup de ces cas, l'histoire de la maladie, l'examen laryngé, les détails de l'autopsie, sont incomplets ou oubliés; toute preuve fait alors défaut; dans d'autres cas, les symptômes cliniques correspondent avec les lésions trouvées après la mort.

Garel (2), par exemple, vit une femme de 73 ans, hémiplegique du côté droit, et qui présentait une paralysie complète de la corde vocale gauche. L'autopsie montra un ramollissement

(1) *Transactions American laryngological Association*, 1887, p. 41, et 1888, p. 163.

(2) *Annales des maladies de l'oreille, etc.*, 1886, p. 218.

de l'hémisphère gauche et deux foyers semblables à droite, au niveau de la base de la troisième circonvolution frontale, lésion à laquelle Garel attribua la paralysie laryngée; mais l'examen microscopique du bulbe n'ayant pas été pratiqué, il est impossible d'attester l'intégrité bulbaire.

D'autre part, certains cas, qui semblaient pendant la vie appartenir à cette classe, présentèrent à l'autopsie des lésions bulbaires. Notre collègue Delevan doit être cité; il relate l'histoire d'une malade examinée durant la vie et dont l'interprétation des signes, d'après le résultat de l'autopsie (1), est une preuve directe que la paralysie du larynx, d'origine centrale, est généralement due à une lésion bulbaire, et non pas à une affection de la corticalité. A mon avis, il y a à présent extrêmement peu d'auteurs qui croient à la possibilité d'une paralysie laryngée unilatérale, secondaire à une affection cérébrale unilatérale; s'il en était ainsi, le nombre des cas relatés dans la littérature serait certainement beaucoup plus considérable, car il n'est pas rare de trouver des affections unilatérales au niveau de la corticalité (hémorragies, ramollissements, etc.). Semon, dans son article du manuel de Heyman, en 1898, ne put réunir que 25 cas dans lesquels une telle coïncidence ait été rapportée par les auteurs.

L'argument le plus important contre l'existence de ces paralysies est le fait anatomique suivant, à savoir que les mouvements laryngés peuvent être produits par les deux centres, indépendamment de la perte ou de la destruction de l'un d'eux, à tel point que l'extirpation expérimentale des hémisphères cérébraux jusqu'au niveau du quatrième ventricule n'empêche pas les mouvements respiratoires des cordes, n'entrave pas la fonction intégrale de l'abducteur.

Les affections qui intéressent les centres corticaux, comme par exemple les hémorragies, ne sont pas d'ordinaire limitées à cette zone seulement et sont d'un caractère tellement grave que les phénomènes laryngés sont masqués par l'importance de la symptomatologie générale. Mais des cas ont été rapportés dans lesquels les filets intermédiaires aux centres

(1) *Transactions American laryngological Association*, 1888, p. 195.

cortical et bulbaire à travers la capsule interne ont été détruits par un processus morbide; l'aphasie en résulta.

Le malade d'Eisenlohr avait des troubles moteurs généraux (1) et était dans l'impossibilité absolue de parler; l'examen anatomique révéla une destruction du tiers postérieur des deux thalames optiques, une dégénération partielle de la partie postérieure de la capsule interne et du tractus pyramidal de la moelle et de la corne médullaire. Des modifications pathologiques semblables furent trouvées à l'autopsie et rapportées par Pitt (2 et 3) dans un cas de néphrite chronique avec deux attaques apoplectiques rapprochées, la seconde ayant été suivie de perte de la voix. Dans les deux cas, il n'existait ni lésions corticales, ni lésions bulbaires, et les malades n'avaient accusé aucune difficulté respiratoire pendant la vie.

Une symptomatologie semblable, associée à de la parésie de la langue et des lèvres, fut observée dans la paralysie pseudo-bulbaire, due à des lésions cérébrales disséminées, et dans lesquelles il n'y a ni participation médullaire, ni troubles respiratoires, ni dégénérescence graisseuse des muscles du larynx.

Les chapitres suivants peuvent être envisagés plus rapidement, car ils concernent pour la plupart des faits bien connus et ne prêtent pas à des discussions d'opinion tout à fait opposées. Dans le chapitre des paralysies bulbaires, j'ai compris toute les affections cérébrales, que le point de départ soit bulbaire ou hémisphérique; de plus, les causes de paralysie du récurrent et de l'abducteur ne seront pas étudiées séparément, car ces deux variétés de paralysies relèvent d'une même étiologie, et bien souvent celle-ci est le précurseur de celle-là; la prédominance de l'une ou de l'autre variété dans certaines maladies sera étudiée à son temps.

La paralysie bulbaire progressive, qui est due à une dégénérescence des noyaux moteurs de la moelle, représente le type véritable de la paralysie laryngée d'origine bulbaire.

(1) *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, Bd. I, 1891, p. 388.

(2) *British med. Journ.*, 1893, May 20, p. 1058.

(3) *Transactions Clinical Society*, London, XXVI, 1893, p. 250.

D'ordinaire, la paralysie d'autres organes, tels que la langue ou les lèvres, précède les signes laryngés qui apparaissent plus ou moins vite suivant la rapidité avec laquelle les noyaux laryngés sont pris. L'aspect laryngologique varie avec les sujets suivant le siège et l'intensité du processus; on a observé des paralysies récurrentielles complètes, des paralysies unilatérales de l'abducteur; certains auteurs prétendent même avoir vu des paralysies de l'adducteur.

Une autre affection bulbaire qui occupe le même siège ou des zones environnantes est la paralysie bulbaire apoplectiforme; elle est causée par une lésion des vaisseaux sanguins de la région, lésion qui détermine des hémorragies, des thromboses avec ramollissement consécutif ou des embolies de la vertébrale ou des artères basilaires. Nombre d'auteurs rapportent des cas d'hémorragies cérébrales et d'encéphalomalacie avec troubles laryngés concomitants, et qui sont dus à ces lésions que Eisenlohr (1 et 2) décritit dès 1879. Si le malade survit à l'ictus et à ses suites, on peut s'attendre à découvrir une paralysie récurrentielle si toutes les fibres motrices sont détruites ou, dans le cas contraire, une paralysie de l'abducteur.

Dans les différentes formes de méningites, on observe divers troubles, mais rarement des paralysies laryngées.

Notre regretté collègue Major (3) vit une malade qui présentait une paralysie bilatérale de l'abducteur consécutive à une méningite cérébro-spinale; la trachéotomie fut faite, et l'état de la patiente resta stationnaire pendant sept ans; la malade mourut à la suite d'accident.

Les cas de paralysies dues aux diverses scléroses cérébro-spinales sont rares, et les symptômes laryngés dépendent de l'extension de la maladie. Læri (4) publia plusieurs cas, dont l'un présentait une paralysie récurrentielle; J. Solis-

(1) *Archiv für Psychiatrie*, vol. IX, 1879, Case 3 and 4, p. 19 and 22.

(2) *Ibidem*, vol. XIX, 1888, p. 316, Containing also report of autopsy of cases 3 and 4 of 1879, p. 315 and 316.

(3) *New-York Med. Journ.*, 1890, June 28.

(4) *Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens, Kehlkopfes und der Lufttröhre*, 1885, p. 13.

Cohen (1) (1866) rapporta un cas de paralysie de l'abducteur, paralysie d'abord unilatérale, puis bilatérale; il avait présenté ce cas sept ans auparavant devant notre association; l'auteur, à la suite d'une autopsie soigneuse, put conclure à une paralysie due à une sclérose ascendante. Rethi (2) réunit dans une récente publication 42 cas de sclérose qu'il rencontra dans la littérature et donna une description complète de ce sujet à tous les points de vue.

Bien que les paralysies infectieuses et toxiques ne relèvent pas de mon sujet, je ne puis m'empêcher de signaler la syphilis cérébrale comme cause de paralysie du récurrent et de l'abducteur. M. Mackenzie (3), dès 1873, et Lefferts (4), dès 1878, publièrent, le premier un cas, le second deux cas de paralysies bilatérales de l'abducteur dues à la syphilis; ces deux cas guérissent par le traitement spécifique.

Les tumeurs de la base du cerveau sont susceptibles de déterminer des paralysies par compression du pneumogastrique. Les symptômes ne sont généralement pas limités au seul larynx, car l'extension de la tumeur peut aussi englober d'autres filets nerveux. Nothnagel (5) communiqua un cas intéressant de paralysies unilatérales comprenant le récurrent du même côté; ces paralysies étaient dues à la compression produite par un volumineux abcès de la base du crâne, ainsi que le démontra l'autopsie.

On doit s'attendre à trouver des symptômes analogues dans les affections des os crâniens: exostoses, fractures de la base du crâne, etc.

L'importance et l'influence néfaste de l'ataxie locomotrice sur le larynx sont trop universellement connues pour qu'il soit besoin d'insister autrement que par de courtes remarques. La médecine générale a contracté une dette envers la laryngologie, puisque plusieurs fois le laryngologiste a pu découvrir

(1) *Transactions American laryngol. Assoc.*, 1866, p. 42.

(2) *Die laryngealen Erscheinungen bei multipler Sclerose des Gehirns und Rückenmarks*, Wien, 1907.

(3) *Diseases of the Nose and Throat*, London, 1880, vol. I, p. 429, case 6.

(4) *New-York med. Journ.*, 1878 December.

(5) *Wiener Medizinische Blätter*, 1884, n° 9, February 28, p. 256.

une paralysie des abducteurs chez une personne d'apparence saine, dont la voix était parfaitement claire et chez laquelle, cependant, le doute existant, un examen complet permettait de découvrir l'ataxie locomotrice.

De beaucoup le type prédominant est la paralysie de l'abducteur, dont la forme bilatérale est ici plus fréquente que dans n'importe quelle autre maladie. Burger (1) recueillit dans son excellente monographie 71 cas de paralysie chez des tabétiques; sa statistique, qui s'étend de 1866 à 1891, comprend trois cas de paralysie de l'abducteur. Plus frappant encore est le tableau supplémentaire de Sendziak (2), qui relate 53 cas de paralysie publiés de 1891 à 1898 : on note 6 cas seulement de paralysie récurrentielle, tandis qu'il existe 22 cas de paralysies unilatérales de l'abducteur et 25 cas de paralysies bilatérales. Dans les autres affections médullaires, on ne trouve que quelques cas de paralysies laryngées; peu méritent d'être signalés. Lœri (3) observa une fois la paralysie récurrentielle bilatérale dans un cas de sclérose latérale amyotrophique; il la nota également une fois dans un cas de leptoméningite. Schrötter (4) et Gavello (5) publient chacun un cas de paralysie récurrentielle unilatérale chez un syringomyélique, et Koschlakoff (6) présente une paralysie bilatérale de l'abducteur dans un cas d'atrophie musculaire progressive.

Bien que délaissée dans les ouvrages, l'association des paralysies laryngées unilatérales et des paralysies d'autres organes présente un intérêt suffisant pour être signalée.

Avellis (7) fut le premier à attirer l'attention sur la coexistence des paralysies unilatérales du larynx et des paralysies du voile du palais, ce qui constitue le type du syndrome d'Avellis. Dans une autre variété, les muscles du cou sont

(1) *Die laryngealen Störungen der Tabes dorsalis*, Leyden, 1891.

(2) *Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngorhinol.*, 1901, Bd. IV, n° 3, p. 170 et 171.

(3) *Loc. cit.*, p. 19 and 16.

(4) *Krankheiten des Kehlkopfs*, Wien, 1892, p. 413.

(5) *Arch. Ital. di otol. rhinol. et laringol.*, XVII, Nov. 1905, p. 25.

(6) *Internationales Centralblatt für Laryngologie*, Bd. II, 1885-1886 p. 229.

(7) *Berliner Klinik*, 1891, Bd. XL, October.

également paralysés. S'il existe une hémiplegie du larynx, du pharynx et de la langue, on se trouve en présence du type Hughling-Jackson. Un cas type de cette variété de paralysie de l'abducteur fut présenté à la Société laryngologique de Londres par Semon (1), qui, considérant les symptômes généraux, pensa à une origine centrale due à une pachyméningite de la base du cerveau. Tapia (2), qui observa la paralysie unilatérale de la langue et du larynx, désigna cet ensemble sous le nom de paralysie du quatrième type ; et enfin Poli (3) donna une description complète de ce sujet dans les *Archives italiennes* de 1906.

(1) *Journ. of laryngology*, 1907, February, p. 50.

(2) *Annales des maladies d'oreille*, août 1906, p. 134.

(3) *Arch. Ital. di Otologia*, etc., XVII, 1906, march., p. 215.

II

TROISIÈME CONTRIBUTION A LA QUESTION DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DE LA PÉRIOSTITE TEMPORALE SUPPURÉE D'ORIGINE AURICULAIRE, SANS SUPPURATION INTRAOSSEUSE (1).

Par **H. LUC.**

Mes deux premières contributions à ce sujet datent déjà de sept et huit ans, mon premier travail ayant été communiqué au Congrès international de 1900 et le second à la séance de la *Société française d'oto-laryngologie* de l'année suivante.

Sur mes deux premiers malades : un homme de 26 ans et un homme de 22 ans, j'avais vu se développer, une fois sans otorrhée préalable, l'autre fois après un écoulement d'oreille léger et transitoire, un œdème rétro, mais surtout sus-auriculaire, s'étendant à la paupière supérieure et accompagné de chute de la paroi supérieure du conduit auditif. Dans l'un et l'autre cas, une longue incision pratiquée sur cette paroi jusqu'à l'os avait permis d'obtenir par là l'évacuation et de réaliser le drainage de l'abcès temporal sous-périosté, et la guérison avait été obtenue en une semaine, sans que l'os eût été ouvert. C'était là, en somme, la justification de l'incision de Wilde dans certaines conditions que j'avais cherché à déterminer dans mes conclusions.

Toutefois, plusieurs années s'étant écoulées sans que j'eusse l'occasion d'observer de faits semblables, j'avais été amené à supposer que j'avais pu avoir affaire à des cas exceptionnels ; mais j'avais eu soin, lors de ma première communication, de joindre à l'observation précitée celle d'une fillette

(1) Communication au Congrès français d'oto-laryngologie, mai 1908.

ayant présenté absolument les mêmes symptômes, chez qui, à vrai dire, l'autre avait été ouvert, mais avait été ouvert à tort, puisqu'il avait été trouvé normal, en sorte que ce résultat négatif ne faisait que confirmer mes conclusions.

Depuis lors, notre collègue belge le Dr Vues a publié quatre faits complètement confirmatifs des miens et dans lesquels le traitement ne différa de celui adopté par moi que par ce détail, que l'incision fut faite à la région rétro-auriculaire et non à la paroi supérieure du conduit auditif. Trois ans plus tard, en 1905, mon ami, le Dr Pécharmant, ayant pris comme sujet de sa thèse de doctorat la question de la périostite temporale, réunissait plus de 20 observations, dont la plupart plaidaient dans le même sens, soit en montrant la guérison obtenue par la seule incision des parties molles, soit en établissant l'inutilité de l'ouverture osseuse. Quoi qu'il en soit, le hasard de la clinique m'ayant de nouveau favorisé en me donnant, l'an dernier, l'occasion d'observer et de guérir par une manœuvre aussi simple un troisième malade complètement assimilable aux deux premiers, j'ai pensé que sa relation pourrait vous intéresser.

Je vous demande donc la permission de vous la rapporter *in extenso*; après quoi, je m'efforcerai de mettre en relief les signes qui pourront nous permettre à l'avenir de distinguer les faits du même ordre et de leur appliquer le traitement si simple indiqué plus haut, c'est-à-dire la seule incision des parties molles jusqu'à l'os, soit au niveau de la paroi supérieure du conduit auditif, soit à la région rétro-auriculaire.

OBSERVATION. — Jacques M.-J., étudiant, 22 ans. Jeune homme maigre, de tempérament nerveux, très impressionnable, ayant présenté, il y a quelques années, des symptômes suspects aux sommets.

Du 1^{er} au 13 août dernier, il prit tous les jours des bains de Seine, se jetant à l'eau la tête la première. Le 13 et les jours suivants, légère fièvre le soir, mais rien encore à l'oreille. A partir du 20, sensation d'obstruction dans l'oreille gauche, accompagnée de gonflement de la paroi postérieure du conduit auditif. Ce gonflement, d'abord à peine douloureux, se complique, à partir du 25 août, de douleurs prédominant à la région rétro-articulaire, à

laquelle le gonflement s'étend progressivement. Ces douleurs sont bientôt assez vives pour gêner le sommeil. Le malade note en même temps qu'il entend beaucoup moins bien du côté correspondant.

Température buccale, le 1^{er} septembre au soir, 38° 9, et le lendemain matin, 37° 9. Le même jour (2 septembre), il se présente à ma consultation. Il a la pâleur et les traits tirés d'un homme souffrant et dormant mal.

Ce qui me frappe d'abord localement, c'est le décollement très net du pavillon de l'oreille gauche, comparativement au côté droit. La région rétro-auriculaire est le siège d'un gonflement œdémateux, s'étendant à la région temporale. Ce gonflement s'accompagne de sensibilité à la pression; mais il est remarquable que cette sensibilité prédomine à la pointe mastoïdienne, qui n'est pas envahie par l'œdème.

Je cherche à voir le tympan; mais j'en suis empêché par un gonflement de la paroi postéro-supérieure du conduit très saillante, presque acuminée, touchant la paroi antérieure, au point de donner l'impression d'un furoncle; en y regardant de plus près, je suis vite amené à rejeter cette hypothèse. En effet, la pression exercée au moyen d'un stylet sur la partie la plus acuminée de la paroi postéro-supérieure du conduit ne provoque pas de douleurs. D'autre part, l'ouïe est très abaissée de ce côté, et, si je ne puis apercevoir le tympan, il m'est possible, par le cathétérisme de la trompe, de percevoir quelques râles, lors de l'insufflation d'air par la sonde.

Aussitôt ce cas m'apparaît assimilable à ceux antérieurement observés par moi et auxquels j'ai fait allusion plus haut; mais des différences me frappent aussi: notamment l'aspect de souffrance du malade et la sensibilité à la pression de sa pointe mastoïdienne; et je ne puis me défendre de douter qu'ici l'os soit vide de pus et que la guérison puisse être obtenue par la simple incision des parties molles.

Bref, tout en faisant à part moi des réserves quant à l'état de la pointe mastoïdienne, je diagnostique un abcès sous-périoste temporo-mastoïdien, pointant vers la paroi postéro-supérieure du conduit. Comme, d'autre part, je constate, tant chez le malade que chez ses parents, une crainte extrême à l'égard de toute intervention sérieuse, nécessitant l'emploi de l'anesthésie générale, il me semble que c'est le cas ou jamais de chercher à appliquer de nouveau ici le traitement qui m'a si bien réussi chez les deux premiers malades; mais j'ai bien soin (en raison de mon incertitude à l'égard

de la pointe mastoïdienne), de ne présenter aux parents du jeune homme ce mode de traitement que comme une simple tentative susceptible de se montrer insuffisante, auquel cas il faudrait sans retard procéder à l'ouverture de l'os, après chloroformisation.

Ma proposition, sous cette forme conditionnelle, ayant été acceptée, une heure plus tard le jeune homme est à ma maison de santé.

Après injection de quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne dans l'épaisseur du derme de la paroi supérieure du conduit, là où l'abcès pointe le plus nettement, celui-ci est incisé de dehors en dedans au moyen d'un bistouri long et mince, jusqu'à l'os, que je trouve dénudé, et sur la plus grande longueur possible. J'obtiens aussitôt l'écoulement de pus phlegmoneux qui augmente par la pression exercée sur la région mastoïdienne supérieure et sus-auriculaire. Je retire ainsi une bonne cuillerée à soupe de pus bien lié, et, à la suite de cette évacuation, tout gonflement sus et rétro-auriculaire disparaît complètement. A ma première incision j'en adjoins une autre perpendiculaire, de façon à obtenir une large ouverture cruciale par laquelle je peux introduire facilement dans le foyer un tampon d'ouate monté sur un stylet et imprégné d'eau oxygénée. Ce dernier est nettement senti sous le tégument de la région temporal, et le badigeonnage à l'eau oxygénée est aisément étendu à la totalité du foyer, dont la paroi supérieure du conduit représente le point le plus déclive. A la faveur du dégonflement de cette paroi, il m'est maintenant possible d'inspecter le tympan, qui se montre rouge et ayant perdu son reflet lumineux, mais non bombé. Après l'avoir anesthésié avec le Bonain, je l'incise largement; mais je n'obtiens ensuite, en pratiquant des insufflations d'air par la trompe, que l'issue d'une quantité insignifiante de liquide non purulent. Cela fait, je réussis facilement à loger de bas en haut dans le foyer, par l'incision faite à la paroi supérieure du conduit, un petit drain mesurant 2 centimètres de longueur; une mèche de gaze humide est glissée dans le conduit jusqu'au tympan incisé au-dessous du drain, puis de nombreuses autres mèches également humides sont accumulées tant sur l'oreille que sur la région sus et rétro-auriculaire.

Température centrale, le soir : 38° 7.

3 Septembre. — Je trouve le malade soulagé et reposé par une bonne nuit. Chute définitive de la fièvre. Après avoir retiré le pansement, je constate que la pression de la région mastoïdienne et temporale ne provoque plus que l'issue d'une quantité insignifiante de pus. Mais la conséquence capitale de mon intervention est la très no-

table diminution de la sensibilité de la pointe mastoïdienne à la pression.

Nouveau badigeonnage du foyer avec un tampon imbibé d'eau oxygénée. Réintroduction du drain. Nouveau pansement humide.

4 Septembre. — Le mieux continue. Toujours pas de fièvre. La sensibilité de la pointe mastoïdienne à la pression est devenue insignifiante.

Même pansement.

5 Septembre. — La gaze retirée du conduit est à peine imprégnée de pus. D'autre part, la pression exercée en arrière et au-dessus du pavillon de l'oreille n'en fait plus sortir par le drain. Celui-ci est supprimé et remplacé par une mince mèche de gaze humide, en vue de maintenir la plaie encore béante. Nouveau pansement humide. Disparition complète de toute sensibilité de la pointe mastoïdienne à la pression.

6 Septembre. — Suppuration presque nulle. La plaie opératoire, demeurée largement ouverte, permet d'apercevoir la cavité de l'abcès, dont les parois commencent à granuler. Cessation des pansements humides : je me contente de remplir le conduit avec de la gaze stérilisée, sèche, non tassée, sans chercher à la faire pénétrer dans la cavité de l'abcès ; mais j'ai préalablement badigeonné celle-ci avec un tampon imbibé de solution iodo-iodurée à 1/30.

11 Septembre. — Cessation de toute suppuration. Plaie cicatrisée. Tympan presque fermé. Grande amélioration de l'audition : une montre faible est perçue à 20 centimètres. Le malade part en voyage.

J'ai l'occasion de le revoir au commencement de novembre, à son retour de villégiature, et de constater sa parfaite guérison.

J'avais eu soin, lors de l'ouverture de son abcès, de recueillir avec une pipette un échantillon du pus évacué, en vue d'en faire pratiquer l'examen bactériologique ; cet échantillon fut malheureusement égaré par le bactériologiste à qui je l'avais confié !

RÉFLEXIONS.

Ce troisième fait établit aussi nettement que les précédents l'inutilité de l'ouverture de l'apophyse mastoïde comme manœuvre complémentaire de l'évacuation de l'abcès sous-périosté, mastoïdo-temporal, d'origine otique, *dans certains cas particuliers*, que je m'efforcerai de déterminer plus loin. Mon expérience à cet égard se trouve complètement confir-

mée par celle d'autres auteurs. Les quatre faits de Vues sont presque identiques aux miens. J'en dirai autant de celui opéré par Paul Laurens et relaté par Pécharmant dans sa thèse, et aussi des observations XXII et XXIII figurant dans la même thèse et personnelles à l'auteur. Seulement, dans ces divers cas, la collection sous-périostée fut ouverte à la région rétro-auriculaire et non, suivant ma pratique, au niveau de la paroi supérieure du conduit membraneux.

Dans le même sens plaident non moins éloquemment les faits dans lesquels, en face d'une symptomatologie analogue, l'apophyse fut ouverte et trouvée indemne de suppuration. Dans ce groupe rentrent mon observation (M. D...) figurant sous le n° 2 dans mon travail de 1900; l'observation publiée par G. Laurens, en 1897, dans les *Annales des maladies de l'oreille* (p. 429), et l'observation XXIV de la thèse de Pécharmant. J'en ai trouvé deux autres aux pages 155 et 157 (obs. I et V) d'un article publié par le Dr Nager (de Bâle) l'an dernier, dans le *Zeitschrift für Ohrenheilkunde* (LIII Band, 2 u. 3 Heft). Je crois qu'on en trouverait facilement d'autres, en se donnant quelque peine. Dans certains cas, l'intégrité des cavités osseuses est franchement avouée; dans d'autres, elle se dissimule plus ou moins bien sous des phrases comme celles-ci : *l'antra ne contient pas à proprement parler de pus, mais un peu de tissu fongueux...*; ou bien : *à l'ouverture de l'antra : écoulement de sang légèrement teinté de pus*, etc.

Je sais bien que l'ouverture des cavités mastoïdiennes non suppurantes a ses défenseurs : elle a été présentée par certains de nos collègues, et non des moins distingués, comme exempte de danger et justifiable, quel qu'en soit le résultat, au même titre que n'importe quelle opération exploratrice. J'avoue ne point partager du tout cette façon de voir. Quand l'ouverture osseuse n'entraînerait pas la nécessité de la narcose générale, quand elle n'exposerait pas au danger de l'ouverture du sinus latéral, ou même tout simplement, comme dans une des observations relatées par Pécharmant, à l'infection secondaire des cellules mastoïdiennes, elle aurait encore l'inconvénient d'alarmer inutilement le malade et les siens et

d'allonger inutilement la durée du travail de réparation. Mes trois opérés ont eu leur plaie cicatrisée en huit jours. En eût-il été de même si l'intervention avait été étendue à l'os ?

Le grand argument des partisans de l'ouverture osseuse à outrance est que mieux vaut une apophyse saine ouverte qu'une apophyse malade respectée. Cela est indiscutable, et pour rien au monde je ne voudrais paraître vouloir substituer à une façon de faire, à mon sens trop systématique, une conduite inverse, également exagérée dans le parti pris, et chercher à ressusciter la vieille incision de Wilde comme traitement de choix de toutes les suppurations sous-périostées, mastoïdo-temporales. Mon but est tout au contraire de préconiser, en présence des accidents de cet ordre, un travail de discernement visant à serrer le diagnostic anatomique de plus près que l'on n'a généralement l'habitude de le faire et de distinguer celles de ces collections pouvant guérir par la seule incision des parties molles de celles qui réclament nettement l'ouverture osseuse.

Voyons donc quels sont les traits caractéristiques, communs aux faits, qui font l'objet de ce travail.

Parmi ces traits communs, il en est d'inconstants et n'ayant par suite qu'une valeur relative : j'entends parler de l'âge des sujets et de l'absence de sensibilité de l'os, et notamment de la pointe mastoïdienne à la pression. Considérons successivement ces deux points.

En m'en rapportant à ma propre expérience, j'avais été tenté de considérer les faits en question comme propres au jeune âge ; mais c'est là une proposition dont il faut rabattre ; car, si la petite statistique rassemblée par moi donne comme âges : deux fois 4 ans, deux fois 5 ans, une fois 11 ans, une fois 16 ans, une fois 18 ans, deux fois 22 ans, une fois 26 ans et une fois 28 ans, elle donne aussi une fois 40 ans et une fois 72 ans. Un âge avancé ne constituera donc pas à lui seul une raison suffisante pour décider l'ouverture de l'os, si d'autres raisons militent en faveur de l'abstention.

Pour ce qui est de l'absence de sensibilité de la pointe mastoïdienne à la pression, contrastant avec le gonflement occupant la région supérieure de l'apophyse, mes premiers

faits m'avaient porté à considérer cette particularité comme un des meilleurs signes de l'intégrité des cavités osseuses; or mon dernier cas m'a montré qu'une pointe sensible à la pression, alors qu'existe un abcès sous-périosté temporal, peut parfaitement ne point renfermer de pus. Ce même point est démontré par le troisième fait de Vues, par le fait de P. Laurens et par l'observation I de Nager.

Il est deux autres éléments de différenciation diagnostique qui me paraissent avoir une valeur beaucoup plus grande : je veux parler de l'absence absolue de tout écoulement purulent par le conduit, ou du caractère transitoire et insignifiant de l'otorrhée et, dans tous les cas, de sa *non-existence lors de l'apparition de l'abcès sous-périosté*; d'autre part, du siège et des limites de l'infiltration des parties molles et du gonflement.

Le premier point est noté expressément et invariablement dans tous les faits qui forment la base du présent travail. Il a donc une très grande valeur comme argument en faveur de la limitation de l'intervention aux parties molles; mais il n'est pas suffisant à lui seul; il demande à être renforcé par l'autre élément de diagnostic dont il nous reste à parler : *le siège de l'infiltration*.

J'ai regretté de ne pas trouver ce siège noté avec toute la précision désirable dans la plupart des faits rentrant dans mon sujet et non observés par moi-même. Mes propres observations sont à cet égard tout à fait caractéristiques : chez mes quatre malades, y comprise la jeune M. D..., dont l'apophyse fut trouvée saine à l'ouverture, le gonflement était plutôt temporal que mastoïdien. Chez les trois premiers, il s'accompagnait d'œdème palpébral; chez tous, la zone infiltrée représentait un triangle à base temporale supérieure, à sommet inférieur, correspondant à la paroi postéro-supérieure du conduit auditif fortement abaissé et saillant, je dirai même acuminé, au point de simuler un furoncle. En revanche, la pointe mastoïdienne était chez tous située plus bas que l'infiltration, et, sauf chez le dernier, elle n'était pas sensible à la pression.

On conçoit l'importance de cette particularité du siège de gonflement des parties molles. Il faudrait en effet méconnaître

complètement les faits les plus élémentaires de la pathologie mastoïdienne pour préconiser l'abstention de toute ouverture osseuse chez un sujet présentant une infiltration de la pointe, en considération de l'absence ou de la cessation précoce de l'otorrhée, rien n'étant fréquent comme la localisation de la suppuration aux cellules du sommet de l'apophyse, après tarissement de la suppuration tympano-antrale. Encore une fois, ce que je considère comme caractéristique des faits dont j'entends faire une classe spéciale, au point de vue de l'indication de limiter au moins provisoirement l'intervention aux parties molles, c'est la coexistence d'un tympan intact ou rapidement refermé après une otorrhée fugace, avec un gonflement limité à la région temporale et à la base de l'apophyse, et pointant vers la paroi supérieure du conduit. Et je répète que la simple incision des parties molles pratiquée de préférence à la partie la plus déclive de l'infiltration, qui correspond habituellement à la paroi supérieure du conduit, aura les plus grandes chances de donner la guérison. Les règles absolues n'existent pas en clinique. Aussi je ne prétends pas que toute collection temporale sous-périostée survenant avec les caractères que je viens d'esquisser sera invariablement indépendante de toute suppuration intraosseuse et qu'elle ne pourrait pas, par exemple, être liée exceptionnellement à la suppuration de quelque cellule aberrante et notamment du groupe des cellules limitrophes de la paroi supérieure du conduit auditif osseux. Mon unique but a été de tracer la symptomatologie spéciale d'un groupe de périostites temporo-mastoïdiennes, pouvant guérir, au moins dans la grande majorité des cas, par un traitement beaucoup plus simple que celui qu'il avait été classique de leur appliquer jusqu'ici. Je crois avoir suffisamment établi plus haut le bénéfice qui résulte pour les malades de la ligne de conduite adoptée par moi en présence de cette classe particulière d'accidents. J'ajouterai qu'elle n'expose les opérés à aucun danger, ni même à aucune conséquence fâcheuse. En supposant, en effet, que, malgré le résultat négatif de l'exploration de la surface osseuse faite à la suite de l'ouverture de l'abcès, soit à la région rétro-auriculaire, soit au niveau de la paroi

supérieure du conduit, il existe une collection purulente intraosseuse, on ne tarderait pas à en être averti par la persistance des symptômes généraux et locaux (fièvre, écoulement de pus, sensibilité de la mastoïde à la pression), et rien ne serait plus simple alors que de faire suivre la simple incision des parties molles, présentée comme une mesure provisoire au malade et à sa famille, de l'ouverture régulière de l'apophyse; et cette seconde intervention serait d'autant mieux acceptée que l'opérateur aurait donné la preuve de son désir de l'éviter.

BIBLIOGRAPHIE

GEORGES LAURENS, Un cas de périostite mastoïdienne (*Communic. à la Soc. franç. d'oto-laryng.*, 6 mai 1897, et *Ann. des mal. de l'or.*, etc., 1897, II^e partie, p. 129).

F.-R. NAGER (de Bâle), Wissenschaftl. Bericht der oto-laryng. Univ. Klin., etc... (*Zeitschr. für Ohrenheilk.*, Bd. LIII, 2 und 3 Heft, S. 155 und 157).

JEAN PÉCHARMANT, De la périostite temporale dite primitive (*Thèse de Paris*, 1906).

H. LUC, Diagnostic et traitement de l'abcès mastoïdien sous-périosté, non accompagné d'abcès intramastoïdien (*Congrès internat. de méd.*, 1900; *Sect. otol.*, p. 291-297; et *Ann. mal. de l'oreille*, 1900, II^e partie, p. 373-380).

— La périostite temporale d'orig. auric. sans supp. intramast. (*Presse méd.*, 8 mai 1901, p. 673).

— Nouvelle contribution à l'étude de la périostite temporale d'origine auriculaire (*Soc. franç. d'oto-laryng.*, 1901, p. 172-182, et *Revue hebdomadaire de laryng.*, 23 juin 1901, p. 657).

VUES, Abcès mastoïdiens sous-périostés-guérés par simple incision (*La polyclinique de Bruxelles*, 15 fév. 1902, p. 1).

THROMBO-PHLÉBITE OTITIQUE DU SINUS CAVERNEUX. — GUÉRISON.

Par **H. BOURGEOIS**, oto-laryngologiste des hôpitaux.

Les thrombo-phlébites du sinus caverneux consécutives aux suppurations de l'oreille ne sont pas fréquentes ; elles se terminent habituellement par la mort ; aussi sommes-nous heureux de présenter à la Société l'histoire d'un malade que nous avons traité l'année dernière et que nous avons guéri.

OBSERVATION. — *F...*, 25 ans, boulanger, de constitution robuste, est atteint depuis l'enfance d'une suppuration de l'oreille droite pour laquelle il ne prend aucun soin. Cependant voici trois mois qu'il se plaint de douleurs dans la partie correspondante de la tête et que son médecin l'engage vivement à faire soigner son oreille. Le 5 août 1907, son état s'est subitement aggravé au point qu'il s'allite avec une forte fièvre et de violentes douleurs empêchant le repos. Je le vois pour la première fois le 9.

Je trouve un malade très abattu, répondant mal aux questions, mais cependant avec son intelligence totalement conservée ; la figure est très rouge, sans aucune teinte subictérique de la conjonctive et avec une exophtalmie marquée, sur laquelle nous reviendrons. Il se plaint d'une céphalée extrêmement vive, localisée au niveau du front et dans toute la moitié droite de la tête ; les mouvements du cou sont très douloureux ; il y a un véritable torticollis droit. Un pus épais, abominablement fétide, remplit le conduit ; après nettoyage, nous apercevons à travers le tympan détruit un fond de caisse bourré de fongosités saignantes. L'apophyse mastoïde ne présente ni œdème, ni rougeur, mais elle est très nettement sensible dans toute son étendue, principalement dans sa partie supérieure et au niveau de l'antre.

La région sterno-mastoïdienne supérieure est également douloureuse à la pression ; elle est en outre le siège d'une tuméfaction

sans altération des téguments, sans fluctuation, mais qui nous donne l'impression d'un abcès situé sous la face profonde du muscle. Par contre, dans la région cervicale inférieure, la palpation de la gouttière carotidienne au niveau du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien ne décèle ni empatement ni sensation de cordon dur au niveau de la jugulaire et ne provoque pas non plus de douleur.

Revenant à l'examen des yeux, dont la saillie nous avait frappé tout d'abord, nous apprenons que cette exophtalmie est récente : les globes oculaires plus saillants qu'à l'état normal sont recouverts presque complètement par la paupière supérieure œdématisée, rouge et presque complètement immobile ; les pupilles sont légèrement dilatées et paresseuses, et les mouvements des globes oculaires extrêmement limités surtout en dehors.

La température rectale est de 38°,6, et il n'y a pas eu de frisson.

Nous nous trouvions, pensâmes-nous, en présence d'une otorrhée ancienne récemment compliquée d'une thrombo-phlébite du sinus caveux et d'un abcès sous-sterno-mastoïdien. La thrombo-phlébite nous paraissait évidente à cause des symptômes palpébraux et orbitaires ; le pronostic était très sombre en raison de la gravité habituelle de cette complication, mais toutefois l'absence de frisson, de subictère, la modération de l'ascension thermique plaidaient en faveur d'une infection veineuse peu virulente.

Le malade est transporté le soir même à la maison de santé, villa Marie-Thérèse, et nous l'opérons avec l'assistance de notre ami Paul Laurens. Évidemment pétro-mastoïdien à la manière habituelle, au cours duquel nous trouvons une ostéite de la mastoïde rayonnant autour de l'antre, s'étendant particulièrement vers la pointe et vers le sinus, lequel est largement mis à nu ; sa paroi paraît épaissie et grisâtre. Curettage de l'antre et de la caisse très fongueux ; à la fin de l'opération, le sinus latéral est ouvert, il saigne abondamment, il n'était donc pas thrombosé, comme cela s'est vu le plus souvent ; la plaie sinusale et toute la cavité opératoire sont tamponnées avec de la gaze au peroxyde de zinc. Incision de la tuméfaction cervicale au niveau de sa partie saillante ; l'exploration négative avec la sonde cannelée montre qu'il n'y avait pas de pus ; suture partielle et drainage.

Les trois premiers jours qui suivirent l'opération furent marqués par une amélioration légère avec atténuation des douleurs ; la température continuant à osciller entre 38 et 39° ; le pansement pratiqué le troisième jour entraîna une hémorragie sinusale faci-

lement arrêtée; ces pansements furent renouvelés dans la suite tous les deux jours, et le sinus latéral saigna pendant les quatre

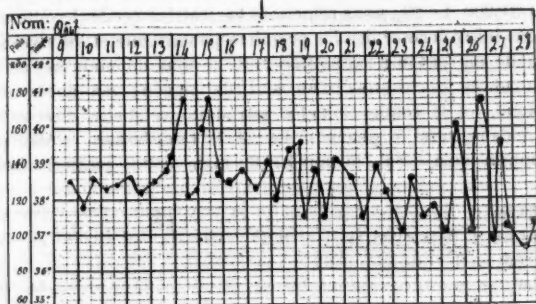


Fig. 1.

premiers pansements, l'hémorragie diminuant chaque fois. Le 14 et le 15 août, à neuf heures du soir, le malade présente de grands frissons, et le thermomètre monte jusqu'à 40°,9. Les globes oculaires,

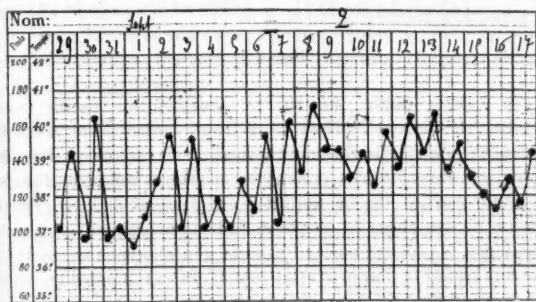


Fig. 2.

beaucoup plus saillants sous des paupières gonflées, violettes, sont absolument immobiles; la cornée est entourée par un bourrelet de chémosis; il est difficile de se rendre compte de la vision du malade, maintenant très abattu, et nous craignons un double phlegmon de l'orbite. A partir du 16, les frissons ne se reproduisent pas, la tem-

pérature oscille entre 38 et 39°, et en trois jours le chémosis disparaît, l'œdème palpébral diminue, cela apparemment sous l'influence de pansements humides avec une solution d'oxy-cyanure au 1/10 000. Le 23, nous réincisons la cicatrice cervicale, que nous avons laissé fermer dès les premiers pansements et au niveau de laquelle on sent une fluctuation nette ; nous donnons issue au pus d'un abcès du volume d'un œuf de pigeon ; cet abcès était profond, et la sonde cannelée introduite se dirige directement en dedans vers le pharynx. Le 24, la température n'était plus le matin qu'à 37°,5, le soir 37°,8 ; mais cette accalmie devait

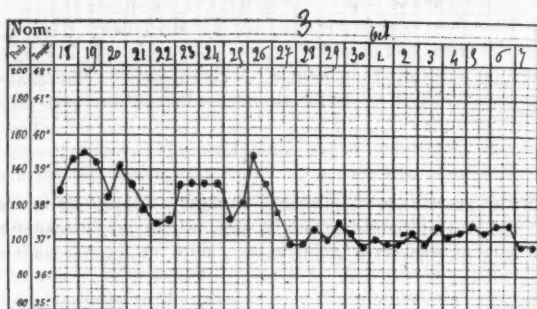


Fig. 3.

être de courte durée. Le 25, la température oscille entre 37 et 40° ; le 26, entre 37 et 40°,9 ; le 27, entre 37 et 39°,6. Ces grandes irrégularités thermiques contrastaient avec une amélioration des phénomènes orbitaires : œdème des paupières moindre, chémosis nul, retour partiel de la motilité des muscles de l'œil. Depuis l'incision de son abcès du cou, le malade ne se plaignait plus guère de douleurs, la prostration était grande, l'intelligence très nette et, chose remarquable, l'appétit était bon. Le 28, la température oscille entre 36°,6 et 37°,4 pour remonter le lendemain et le surlendemain à 39°,2 et 40°,2 ; à partir de ce moment, le malade commence à se plaindre d'une violente douleur dans l'épaule qui l'empêche de se mouvoir ; la température continue à être élevée avec oscillations ; le 10 septembre, nous constatons l'existence d'un épanchement pleural du côté droit et nous faisons transporter le malade dans le service de M. le Dr Lermoyez, que nous dirigeons en ce moment. Le 13 septembre une ponction aspiratrice permet de retirer de la

plèvre droite 250 grammes de liquide purulent : le soulagement fut très minime; le malade continua à être très oppressé, le thermomètre monta jusqu'à 40°, 1. Le 14, ponction blanche; le 15, M. Blanluet, interne de service, pratique une thoracotomie, découvre une cavité pleurale encombrée de fausses membranes sans collection liquide; le poumon n'est du reste pas rétracté; deux gros drains sont introduits dans la plaie. Les symptômes dyspnéiques, douloureux et fébriles, continuèrent jusqu'au 26; le 26 au matin, le malade ouvrit brusquement dans ses bronches et dans sa plèvre une vaste collection purulente (pleurésie interlobaire ou abcès pulmonaire); en quelques minutes, son lit fut rempli d'un pus fétide.

Le début de la convalescence suivit immédiatement : dès le lendemain, le malade était à 37°; mais la suppuration pleuropulmonaire dura jusqu'au 11 novembre. A ce moment, l'état général était redevenu excellent, et des troubles oculaires il ne restait plus qu'une légère limitation des mouvements d'abduction de l'œil droit.

La plaie auriculaire fut beaucoup plus longue à guérir; la paroi interne de la caisse s'était assez vite épidermée; mais pendant longtemps persistèrent au niveau du massif du facial de la paroi profonde de l'aditus et de l'antre de l'ostéite avec granulations saignantes et sans cesse récidivantes. Enfin, au début de janvier, nous pûmes, au cours d'un pansement, mobiliser puis extraire au niveau de l'antre et de l'aditus un séquestre gros comme un pois; l'épidermisation totale s'acheva ensuite assez rapidement. Nous avons vu le malade il y a environ trois semaines; nous le considérons définitivement guéri.

Le diagnostic de thrombo-phlébite bilatérale du sinus caveux nous paraît indiscutable à cause des phénomènes oculo-palpébraux. Le sinus caveux, dans les otorrhées, s'infecte le plus souvent consécutivement à la thrombose du sinus latéral, mais aussi par l'intermédiaire d'un abcès extradural, d'une ostéite de la pointe du rocher, de la phlébite du sinus pétreux inférieur, qui reçoit les veines auditives internes ou enfin de la phlébite des veines du plexus carotidien qui leur amène une partie du sang veineux de la caisse. Cette dernière voie de l'infection est probablement celle suivie chez notre malade.

Nous désirons attirer l'attention sur l'abcès du cou que nous eûmes à ouvrir; ce fut une adénite latéro-pharyngée non encore suppurée au moment de la première intervention et qui

s'abcéda dans la suite ; là l'infection dut suivre des vaisseaux lymphatiques accompagnant les parois veineuses. Le fait qui nous paraît capital au point de vue du diagnostic est le suivant : des adénites périjugulaires accompagnant une phlébite intracrânienne peuvent donc coïncider avec une intégrité parfaite de la jugulaire ; nous venons justement d'observer un cas d'infection du sinus latéral avec gonflement inflammatoire très volumineux de la région sterno-mastoidienne supérieure ; une incision au niveau du cou nous permit de reconnaître, d'une part, de très volumineux ganglions du côté de la jugulaire et, de l'autre, une veine absolument saine.

Comme on a pu le voir, notre action thérapeutique n'a pas porté directement sur le sinus caverneux ; nous nous sommes contenté de la désinfection complète du foyer auriculo-mastoidien, et nous y avons ajouté dans la suite des injections intraveineuses de collargol, qui ont été pratiquées au nombre de 16 depuis le 17 août jusqu'au 13 septembre. Nous ne pouvons dire dans quelle mesure ces injections intraveineuses ont influé sur l'évolution de la maladie ; mais, chose certaine, la suppuration pleuropulmonaire a commencé à diminuer et à perdre sa fécondité immédiatement après de grands lavages avec une solution de collargol à 5 p. 100 ; nous avons observé, il y a deux ans, la même action favorable du collargol employé localement dans un cas d'abcès cérébral.

Sans l'évidement péro-mastoidien, l'infection continuant, le malade serait certainement mort ; mais l'opération n'a pas influé directement sur la thrombose veineuse, qui a continué à évoluer pendant quelque temps avec les grandes oscillations de la pyohémie et des symptômes orbitaires menaçants. La virulence relativement atténuée de l'infection et la résistance remarquable de l'organisme ont permis la guérison.

Il est intéressant de constater la guérison spontanée d'une affection aussi grave, et nous voudrions conclure, au point de vue du pronostic des complications intracrâniennes en général, qu'en dehors de la constatation d'une lésion locale grave la persistance d'un bon état général doit nous permettre d'espérer malgré tout ; même au moment de ses plus grandes oscillations, notre malade n'avait pas le teint terreux subictérique

des grands infectés ; le foie ni la rate n'étaient ni gros ni douloureux ; les urines ne contenaient pas d'albumine, et l'appétit, reparu dès les premiers jours, ne fit jamais défaut depuis. Il ne faut donc jamais s'abstenir de désinfecter le foyer auriculo-mastoidien et diriger contre la complication un traitement chirurgical approprié, mais sans jouer le tout pour le tout, sans considérer *a priori* le malade comme perdu, sans risquer d'aggraver la situation par l'acte opératoire. Cette fois, si nous nous sommes abstenu, c'est que nous ne pensions pas pouvoir intervenir efficacement sur ces deux sinus caverneux thrombosés ; mais il est évident que notre malade a couru de grands risques, et nous ne voudrions pas en aucune manière conclure à la non-intervention dans les thrombo-phlébites accessibles des sinus du crâne.

PÉRISINUSITE ET ABCÈS EXTRADURAL LATENTS
D'ORIGINE OTIQUE CHEZ UN HOMME DE 60 ANS.
OPÉRATION. — GUÉRISON (1).

Par Georges MAHU.

La découverte inattendue d'un abcès extradural au cours d'un évidemment pétro-mastoïdien pratiqué en vue de la cure radicale d'une otorrhée est loin d'être une rareté.

Mais le cas dont je désire vous entretenir présente certaines particularités qui le rendent intéressant à plus d'un titre et quelque peu exceptionnel à cause des dimensions du foyer, de l'âge du malade et surtout de l'extrême latence de l'évolution.

OBSERVATION. — Il s'agit d'un homme de 60 ans, qui, atteint depuis de longues années d'une otorrhée gauche à écoulement intermittent, me fut adressé le 23 janvier dernier par son médecin, le Dr Chapon, parce qu'il se plaignait de maux de tête, ainsi que d'une tuméfaction sus-réto-auriculaire située dans le cuir chevelu et quelque peu douloureuse à la pression.

M. B... n'a jamais eu de maladie grave ; mais il est atteint de bronchite chronique et d'emphysème pulmonaire. Bon vivant, fumeur, buveur, il ne s'en préoccupe guère, pas plus qu'il ne s'est préoccupé jusqu'alors de son écoulement d'oreille.

Pourtant, depuis quelques jours, il s'inquiète un peu des douleurs de tête et aussi de la persistance de la tuméfaction rétro-auriculaire qui commence à le gêner. Quoi qu'il en soit, il n'a pas de fièvre et n'a pas cessé jusqu'à ce jour de tenir son emploi de caissier dans une banque : *il a quitté son bureau pour venir me consulter.*

(1) Communication du Congrès français d'otologie, de laryngologie et de rhinologie (mai 1908).

A l'examen, le tympan est entièrement détruit ; la fond de caisse, fongueux, est baigné de pus épais, peu fétide.

La tuméfaction, de la grosseur d'un demi-œuf de pigeon, est nettement fluctuante. Elle est douloureuse à la pression, de même d'ailleurs que le point correspondant à l'antre mastoïdien.

L'ouïe est perdue de ce côté.

Je conseille une intervention immédiate et, le surlendemain à ma clinique je pratique l'évidement pétro-mastoïdien.

Après incision rétro-auriculaire de la peau et rugination du périoste, je découvre une petite fistule par l'orifice de laquelle s'échappe du pus sous pression provenant de l'antre, ainsi que j'en ai la preuve en trépanant l'os jusqu'à cette cavité.

L'antre, l'aditus et l'attique sont comblés de pus et de fongosités. Les gros osselets, à demi détruits, sont extraits de leur logette. Les autres cellules mastoïdiennes sont également fongueuses, et l'apophyse entière doit être réséquée.

Mais ce n'est pas tout. Suivant pas à pas ce foyer, il me conduit d'abord en arrière de l'antre vers le sinus latéral, dont la paroi est dénudée et fongueuse en divers points et ensuite vers le haut et en arrière dans la direction du phlegmon superficiel.

Pour me donner du jour, je pratique sur le cuir chevelu une longue incision perpendiculaire à la première. Au niveau du phlegmon, je découvre dans l'occipital une perforation assez large pour laisser passer le bout de l'index. Cette cavité est en communication avec l'antre par un large tunnel long de 3 centimètres environ et compris entre la dure-mère et l'os.

Faisant sauter à la pince-gouge le pont osseux, je transforme ce tunnel en tranchée dont le fond, large de plus de 1 centimètre, est tapissé de fongosités et animé de battements isochrones de ceux du pouls.

Toutes les parties malades sont réséquées, curettées, et nous avons ainsi une cavité permettant presque l'entrée du poing.

Les suites opératoires furent des plus simples. Pas de fièvre. Après huit jours de séjour à ma clinique, l'opéré retourna chez lui et vint se faire panser régulièrement. Il est actuellement guéri.

Je désire rapprocher de celle-ci une autre observation à peu près similaire provenant de l'hôpital Saint-Antoine et se rapportant à une jeune fille de quatorze ans opérée en 1903 dans le service de M. le Dr Lermoyez, par deux de nos collègues, M. le Dr Lombard et M. le Dr Paul Laurens.

Chez cette enfant, la cure radicale avait été pratiquée en vue de la guérison d'une otorrhée droite, en dehors de toute poussée aiguë ; mais il existait pourtant une fistule mastoïdienne en activité.

Au cours de l'évidement, on découvrit sous la corticale une vaste plaque de pachyméningite s'étendant en haut à 4 ou 5 centimètres vers le pariétal et presque autant en arrière du côté de l'occipital.

Il existait également des végétations fongueuses sur la surface du sinus latéral. Il n'y avait aucune trace de thrombose de ce vaisseau et, de même que notre malade, celle-ci finit par guérir.

L'intérêt de ce qui précède nous semble porter sur les quelques points suivants, qui ne sont pas nouveaux, mais qui sont soulignés d'une façon particulièrement nette dans notre observation :

1° Dangers constants qui menacent tous les vieux otorrhéiques ;

2° Tolérance que peut avoir, dans certains cas heureux, la dure-mère, qui a constitué ici une merveilleuse défense pour l'encéphale ;

3° Disproportion entre les lésions existant réellement et les symptômes extérieurs observés.

V

DE L'ESTHÉTIQUE DE LA CHIRURGIE DES SINUS FRONTAUX DANS LA CURE RADICALE DES SINUSITES CHRONIQUES.

Par CAUZARD.

La chirurgie du sinus frontal, depuis 1890, a subi une heureuse évolution sous l'influence de Hajek, Kunht, Luc, Yansen, Moure, Jacques, Georges, Laurens, Killian.

Dans des ouvrages antérieurs (1), nous avons étudié ces différents procédés au point de vue de leurs indications, de leur technique, de leurs succès et avantages esthétiques.

En premier lieu, nous avons préconisé la méthode d'Ogston-Luc et, en cas d'insuccès, la méthode de Kunht, ou mieux ce que nous avons appelé « le procédé de Luc-Kunht (2) », c'est-à-dire la résection de toute la table antérieure du frontal, du plancher naso-frontal avec drainage fronto-nasal.

Déjà, à cette époque (en 1901), nous disions :

« La résection antérieure totale de la table antérieure du frontal, suivie de la destruction de la cloison intersinusienne, des cellules frontales et ethmoïdales antérieures entourant le canal naso-frontal, l'effondrement complet de tout le plancher nasal des deux sinus, la réunion immédiate de toute la plaie sans drainage externe, avec pansement compressif destiné à obtenir l'accolement des téguments à la paroi profonde, sont les conditions nécessaires pour supprimer tout risque de récidence dans le traitement chirurgical des sinusites frontales.

(1) *Thèse de Paris*, 1901 : Traitement radical des sinusites frontales chroniques, Naud, édit. — *Gazette des hôp.*, 13 décembre 1902. — *Bulletin de laryngologie* de CASTEX, 30 décembre 1904, 30 juin 1905.

(2) *Thèse* : Historique, p. 28 à 30.

Il existe un drainage parfait de ce qui peut rester de cavité à drainer par la suppression de la paroi inférieure nasale des deux sinus frontaux, avec la possibilité de faire un lavage à deux courants d'une narine à l'autre, au moyen d'un drain à cheval sur la cloison du nez et ouvert à son sommet.

On obtient l'accolement des téguments à la paroi profonde en réséquant un peu le rebord orbitaire et en gardant, d'autre part, la symétrie des sourcils, et nous terminions en disant que, si la déformation est plus étendue que dans un « Kuhnt » unilatéral, elle est symétrique, à peu près régulière, et que, si le front est plat et excavé, la déformation n'est pas laide : ce qu'il faut chercher ; en tous les cas, cette ablation totale bilatérale de la table antérieure du frontal, suivie du drainage par les voies naturelles, est moins défigurante que le procédé de Kuhnt proprement dit, avec drainage externe et résection unilatérale. »

Depuis, en 1902, Killian proposa une nouvelle technique, faite de la fusion de plusieurs procédés. Ce sont précisément ces différents procédés que nous allons rapidement esquisser.

Il est quelques idées fondamentales à connaître, à respecter, dans la chirurgie frontale.

Il faut ouvrir, nettoyer, curetter le sinus malade dans ses prolongements, dans tous ses angles ; faire un véritable dépouillement de la cavité par la destruction de toute la muqueuse fongueuse et pathologique ; il faut, d'autre part, assurer le parfait drainage par les voies naturelles, c'est-à-dire par la voie nasale ; il faut détruire l'ethmoïde s'il existe de la suppuration des cellules ethmoïdales, ce qui est le plus fréquent, comme l'ont pensé justement Jacques et Guisez.

Faut-il s'occuper de cette question, importante en chirurgie générale, de détruire l'espace mort ? Nous pensons, à l'heure actuelle, qu'on ne doit pas oublier que nous opérons sur la face et que nous devons respecter l'esthétique de la face : c'est là ce qui doit être une des préoccupations constantes dans notre chirurgie spéciale.

Les procédés proposés ont été nombreux, et l'on ne peut pas dire, à l'heure actuelle, qu'il en est un qui doive être

préféré à tout autre ; qu'il en est un qui puisse s'adapter à toutes les sinusites, à tous les malades.

Les dimensions des sinus, les lésions osseuses rencontrées, qu'elles soient localisées à la paroi orbitaire ou à la paroi antérieure, les suppurations de voisinage, c'est-à-dire de l'ethmoïde, des sinus sphénoïdal et maxillaire, feront adopter tel procédé, telle technique, suivant en réalité les indications du moment.

Admettons que les lésions soient unilatérales :

1° Elles peuvent être orbitaires. Le sinus, logiquement, devra être attaqué par la voie orbitaire, et l'on suivra la technique préconisée par Jansen, Guillemain, Sieur et Jacob.

Elle consiste à pratiquer, en empruntant en partie la ligne sourcilière, une incision curviligne dans l'angle orbito-nasal, à faire une résection de la paroi inférieure et orbitaire du sinus, à pratiquer par cette voie le curettage du sinus et son drainage. Mais nous compléterons la technique précédente en y ajoutant les résections proposées par Jacques (de Nancy) et le professeur Moure : résection de la charpente osseuse de l'angle interne, c'est-à-dire de l'apophyse nasale du frontal et d'une partie de la branche montante du maxillaire.

Ainsi comprise, la voie orbitaire permet de nettoyer le sinus frontal, *de nettoyer, de curetter, de détruire l'ethmoïde* et d'assurer alors un parfait drainage par les voies naturelles, c'est-à-dire par la voie fronto-nasale.

2° Les lésions peuvent être frontales. La paroi antérieure sera trépanée aussi économiquement qu'il sera possible : ce sera la technique d'Ogston-Luc, qui consiste à faire, par une ouverture limitée, le curettage de tout le sinus, défoncer le plancher nasal du sinus, autour du canal fronto-nasal, qui ainsi sera élargi et permettra un drainage facile.

Ce procédé a subi des critiques. Les plus sérieuses peut-être viennent de Luc lui-même ; mais nous le considérons comme un procédé excellent pour les petits sinus, procédé à employer de préférence chez les femmes et les enfants.

Dire de lui que ce n'est qu'une trépanation exploratrice,

c'est ne pas comprendre l'utilité d'assurer un drainage fronto-nasal, large et bien réel.

D'autre part, il devra toujours être fait, avant l'opération, un nettoyage parfait du méat moyen et une destruction de la plus grande partie du cornet moyen : c'est, à notre avis, une des conditions même du succès.

Nous ajouterons que, si une déviation de la partie supérieure de la cloison donne au méat moyen des dimensions trop exiguës, nous serions alors disposés à préférer un autre procédé, par exemple celui qui a été proposé par Taptas au Congrès de 1900. A la trépanation limitée de la paroi antérieure (Luc), Taptas ajoute la résection très limitée de la partie interne du rebord orbitaire, celle de l'épine nasale, du frontal, et au besoin d'une partie de la branche montante du maxillaire supérieur et de l'os propre du nez.

Nous avons employé cette technique dans un cas d'épithélioma de l'ethmoïde, ayant envahi le sinus frontal et le sinus sphénoïdal, en y ajoutant, comme l'a conseillé Vacher (*Annales des maladies de l'oreille*, 1904), la résection du bord antérieur du maxillaire supérieur, afin d'élargir l'entrée de la fosse nasale; et réellement l'esthétique de la face a été assez bien respectée, malgré l'étendue de ces délabrements, et j'en ai montré à l'exposition (1) une photographie, regrettant de ne pas en avoir le moulage.

Cette large résection, qui n'est que la combinaison du procédé de Luc et du procédé de Moure, ne convient qu'à des lésions étendues et ne doit avoir que des indications restreintes (ethmoïdite postérieure, par exemple).

Nous ne parlerons du procédé de Kuhnt que pour le mentionner, car les avantages de ce procédé, la technique de Kilian nous semble devoir les posséder, sans avoir autant d'inconvénients. Non pas, il est vrai, au point de vue du succès opératoire, mais au point de vue du résultat esthétique qui est des plus mauvais dans le Kuhnt, par la violente asymétrie de la face qu'il laisse.

En présence de grands sinus, en présence de lésions graves

(1) Congrès international de Vienne 1908.

du côté de l'orbite ou du front, c'est le procédé de Killian qui nous semble devoir être préféré; il comprend, après une incision curviligne dont la partie supérieure est faite sur le sourcil et dont la partie courbe embrasse l'angle interne de l'œil :

1° La trépanation de la paroi antérieure, la résection de la plus grande partie de cette paroi (Luc et Kuhnt);

2° La trépanation et la résection de la paroi inférieure ou orbitaire du plancher du sinus (Guillemain et Jansen);

3° La résection de l'épine nasale du frontal, de l'os propre du nez, de l'apophyse orbitaire du maxillaire supérieur (Jacques, Taptas, Moure);

4° La résection du plancher nasal du sinus, de telle façon qu'il n'existe plus qu'un énorme infundibulum fronto-nasal (Luc);

5° La destruction partielle ou totale de l'ethmoïde (Guisez), en conservant le rebord orbitaire, qui forme un pont osseux destiné à soutenir les téguments. Ce procédé endommage rarement la fonction de la poulie du grand oblique, conserve la symétrie des deux sourcils et ainsi joint, au maximum de sécurité, le minimum de défiguration, consistant en une dépression frontale plus ou moins grande.

Les lésions sont bilatérales.

On peut opérer en ce cas en faisant de chaque côté une des interventions ci-dessus, après avoir tracé une incision en accent circonflexe sur les deux sourcils et la racine du nez, ou bien en faisant une incision en T, si les dimensions des sinus l'exigent, incision dont la branche verticale devra autant que possible emprunter l'un des plis verticaux du front.

Si les sinus sont grands, si la paroi antérieure du frontal est altérée, il sera préférable de faire une intervention complète, c'est-à-dire de pratiquer une résection totale de la table antérieure, de la cloison intersinusienne, en respectant les arcades sourcilières, tandis que l'on détruit entièrement le plancher nasal des deux sinus, reséquant au besoin le bord supérieur de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Le drainage est fait soit par un drain en V, à cheval sur la cloison (*Thèse de Paris, 1901*), soit par une petite mèche laissée de chaque côté de la cloison

qu'on enlèvera vingt-quatre ou quarante-huit heures après par le nez (observ. IV, moulage 4).

Ce procédé, que nous avons préconisé avec Luc pour la récurrence d'une sinusite frontale unilatérale, nous semble devoir être la meilleure technique à suivre pour une sinusite bilatérale avec lésions osseuses. Il est, en effet, inutile de faire un double Killian, car la résection orbito-nasale qui le caractérise nous semble inutile et devoir compliquer l'opération sans assurer un meilleur drainage.

Georges Laurens a récemment préconisé une technique qui, si elle n'a pas, comme il le dit lui-même, rien d'original, est la résultante heureuse de procédés opératoires divers (*Société française de Laryngologie*, mai 1907).

Après une incision en accent circonflexe sur les deux sourcils, il est fait une trépanation de chaque sinus, comme dans le « Luc », un défoncement de la paroi intersinusienne et une réunion des deux orifices de trépanation par une *tranchée transversale*, par une échancrure horizontale faite ainsi au niveau de la racine du nez, au-dessous de la bosse frontale, creusée aussi bas que possible. C'est, en réalité, la résection des deux épines du frontal jusqu'à leur articulation avec les os propres du nez.

A travers l'échancrure, on attaque de haut en bas le plancher nasal du sinus, la lame perpendiculaire de l'ethmoïde qui sépare les deux canaux fronto-nasaux. Il en résulte un vaste et unique infundibulum pour drainer une cavité unique.

Ce procédé ne s'occupe pas de l'espace mort ; c'est peut-être à ce seul point de vue un retour en arrière ? Mais il a l'avantage de donner une vue large, étendue, sur les deux sinus et d'assurer un drainage aussi parfait, aussi large que possible.

Le résultat esthétique nous a paru excellent.

En résumé, en présence de sinusites unilatérales, au point de vue esthétique, le procédé de Luc est le procédé de choix ; mais il est vrai de dire qu'il convient plutôt à de petits sinus sans prolongement et ne met pas à l'abri de la récurrence d'origine ethmoïdale.

Si l'on veut attaquer l'ethmoïde, il serait bon d'adjoindre les résections proposées par Taptas, Moure ou Jacques. Seule

la grandeur des lésions osseuses ou du sinus fera préférer le procédé de Killian, tandis que le procédé de Kuhnt devra être abandonné à cause des déformations disgracieuses qu'il amène.

Si les deux sinus sont infectés, on peut garder la table antérieure du frontal, si elle est saine, et faire de chaque côté un « Luc », en terminant par la technique de Georges Laurens, qui nous semble concilier l'esthétique avec les desiderata de la chirurgie des sinus frontaux.

Si l'on est obligé de réséquer grandement la paroi antérieure, soit que le sinus ait de grandes dimensions, soit que des lésions osseuses l'exigent, il ne faut pas hésiter à pratiquer une résection totale de la table antérieure du frontal, afin de supprimer toute cavité, tout récessus, et d'avoir un plan osseux uni, sur lequel viendront s'appliquer les téguments.

Si les lésions obligent à une résection des rebords orbitaires, — comme dans l'une de nos observations, — il ne faudra pas hésiter à faire une résection à peu près symétrique de l'autre côté, en se persuadant que rien n'est moins disgracieux qu'une défiguration symétrique, et que la laideur tient plus à l'asymétrie qu'à un aplatissement du front.

Dans cette étude, nous n'avons pas parlé des procédés ostéoplastiques de Chaput et de Hayek (1), qui nous semblent d'une technique difficile à réussir et ne pas être employés par la majorité de nos collègues.

Nous étudierons dans un prochain travail les injections de paraffine solide comme moyen de réparation des déformations consécutives à la chirurgie frontale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*résumée*). — Femme, 32 ans, opérée de polypes en 1892, 1898, 1901. Présente en novembre 1902 à notre examen les signes d'une double sinusite maxillaire et frontale gauche.

Opérée le 17 novembre 1902, selon les techniques de Luc-Caldwell et Luc-Ogston. Pour le sinus frontal, il est fait une simple incision sourcilière, qui permet une trépanation large d'une pièce de 1 franc, à travers laquelle on peut nettoyer le sinus. Il est fait une large

(1) J'ai eu l'heureuse occasion de voir un malade à la clinique du Dr Hayek opéré selon cette technique; le résultat en était parfait.

destruction des cellules ethmoïdo-frontales afin d'assurer un large drainage fronto-nasal; le périoste est suturé à part au catgut, et la peau est suturée avec les agrafes de Michel.

Pansement aseptique.

Le 5 décembre, légère tuméfaction de la région fronto-maxillaire, à la suite d'un coryza aigu. Amélioration rapide, guérison constatée en février, avril 1903 et en mars 1908.

Le moulage permet de se rendre compte qu'il existe une dépression à peine notable, d'autant moins visible qu'elle est en partie cachée par la tête du sourcil.

OBSERVATION II. — Cette observation est intéressante par les résections faites pour traiter le sinus frontal, l'ethmoïde, et faciliter l'abord du sinus sphénoïdal (Résumé).

Homme, 62 ans, épithélioma de l'ethmoïde. Opération le 20 mars 1905. Incision sur le sourcil partant de l'union des deux tiers internes et du tiers externe pour gagner la racine du nez, légèrement en dehors de la ligne médio-nasale pour descendre le long de l'os nasal, suivre le rebord osseux du bord antérieur du maxillaire supérieur, qui répond au naso-génien jusqu'à la narine. Après rugination des deux lèvres de l'incision, on décolle prudemment l'appareil lacrymal et l'on écarte le globe oculaire. Résection de l'apophyse du maxillaire, de l'os nasal gauche, du bord antérieur du maxillaire, de l'épine nasale, du frontal, des articulations de l'unguis, de la plus grande partie du planum, destruction de l'ethmoïde, mise à nu de la lame criblée. L'exploration du sinus frontal le fait paraître suspect; il est fait une résection de bas en haut de la paroi antérieure du frontal gauche; l'ablation de la muqueuse, qui se laisse décoller, laisse voir une surface osseuse, saine, sans la moindre lésion. Destruction du plancher du sinus.

C'est donc le procédé de Taptas que nous avons pratiqué en partie.

Suites opératoires normales. Récidives. Au bout de neuf mois, mort par envahissement de l'orbite et de la loge cérébrale correspondante.

Photographies de face et de profil qui permettent de se rendre compte combien l'esthétique de la face est peu endommagée malgré ces résections nombreuses.

Les téguments restent tendus, d'une part, sur le rebord orbitaire, sacrifié dans sa partie toute interne seulement, et tendus sur la crête médiane naso-frontale.

Il est manifeste que la très légère dépression frontale apparaît moins considérable que celle présentée par d'autres malades, opérés simplement par trépanation de la paroi antérieure, selon la technique de Kuhnt et de Killian.

OBSERVATION III. — Homme, 40 ans, présentant en janvier 1904 une sinusite maxillaire et frontale gauche. En mars, opération de Luc pour les deux sinus, après avoir fait au préalable un nettoyage du méat moyen et une destruction presque entière du cornet moyen. Trois semaines après, récurrence du côté du front.

L'exploration permet de se rendre compte que le sinus sphénoïdal suppure ainsi que le sinus frontal. Le 17 mai 1904, opération de Killian qui permet l'ouverture d'un prolongement orbitaire externe important, séparé du sinus frontal proprement dit par une cloison osseuse perforée au niveau du plancher. Cette cavité, qui avait été méconnue, était la cause de notre récurrence. Résection de toute la paroi frontale antérieure, de la paroi inférieure ou plafond de l'orbite, laissant seulement le pont osseux pour les relier, c'est-à-dire l'arcade orbitaire; l'épine nasale du frontal est entièrement réséquée ainsi qu'une grande partie de l'os propre du nez et de la partie supérieure de l'apophyse orbitaire du maxillaire supérieur; ce qui a permis un curettage soigné du canal naso-frontal, une destruction facile de l'ethmoïde et un nettoyage du sinus sphénoïdal, facile à aborder par cette voie (Résumé).

Comme le moulage nous le montre, il existe une dépression au-dessus du sourcil, qui n'est pas une défiguration considérable, et la guérison se maintient depuis cette époque.

OBSERVATION IV. — Femme, 40 ans, opérée en janvier 1907, pour une nécrose de la paroi antérieure du frontal consécutive à une sinusite aiguë. Après un violent coryza, céphalée avec œdème frontal et palpébral à droite, état fébrile grave, aspect érysipélateux, puis phlegmoneux. Un coup de bistouri est donné au-dessous du rebord orbitaire; le pus est fétide et fait penser à une sinusite frontale.

Examinée à ce moment, la malade présente du pus dans la fosse nasale, de l'obscurité du sinus maxillaire et du sinus frontal droit.

Première intervention : incision des téguments au niveau du sourcil, rugination de la paroi antérieure perforée, agrandissement de l'orifice suivi d'un drainage.

On laisse refroidir cette sinusite. Quinze jours après, on entre-

prend une cure radicale selon la méthode de Killian ; mais, non seulement la paroi antérieure et la paroi orbitaire sont nécrosées, mais le rebord orbitaire, dans ses deux tiers internes, et l'apophyse orbitaire du frontal sont lésés. On est ainsi amené à réséquer toute la paroi antérieure, toute la paroi orbitaire, plus de la moitié du rebord orbitaire et l'épine du frontal. Résections auxquelles on ajoute la destruction du plancher naso-frontal. L'exploration de la cloison intersinusienne révèle une perforation ; le sinus gauche est fongueux ; il devait se drainer par le sinus droit. Aussi pensâmes-nous à ce moment à faire une résection totale de la table antérieure du frontal, afin d'éviter une asymétrie qui aurait été considérable et pour assurer un succès aussi constant que possible.

Afin de ne pas avoir un ressaut brusque, on résèque le bord orbitaire gauche dans sa partie interne. Le plancher nasal est complètement détruit, aussi bien à droite qu'à gauche, et un drain est laissé vingt-quatre heures à la racine du nez, le drainage devant se faire par la voie nasale et l'accolement des téguments devant d'ailleurs amener la disparition de toute cavité sinusienne.

La sinusite maxillaire fut ensuite opérée selon la technique de Caldwell-Luc. Douze jours après, la malade pouvait être considérée comme guérie.

Le moulage montre un front concave, mais la défiguration symétrique est acceptable, et moins désagréable que celle que nous aurait donné, dans ce cas particulier, un « Kuhnt », le procédé de Killian ne pouvant à notre regret être pratiqué.

Les moulages 4 et 5 sont ceux de deux malades opérés tous deux après récidence par le Dr Georges Laurence, suivant le procédé que nous avons décrit plus haut.

L'un montre une légère dépression réunissant les deux têtes des sourcils, dépression qui amène une défiguration bien légère, et nullement comparable même à celle qu'aurait donnée le « Killian » dans cette double intervention.

L'autre fait voir, au niveau de la tête du sourcil droit, une dépression anguleuse assez prononcée, qui est due à une résection un peu plus large à droite, par suite d'une fistule survenue après la deuxième intervention.

VI

L'IMPOTENCE FONCTIONNELLE NASALE. SON TRAITEMENT PAR LA RÉÉDUCATION

Par **Robert FOY.**

INTRODUCTION. — Ayant eu l'occasion de rééduquer la malade dont on trouvera l'observation dans ce travail, étonné des résultats si rapides obtenus par des moyens cependant bien simples, dans un cas où l'origine du mal était si ancienne, j'ai tenté, réunissant les quelques observations analogues éparses çà et là dans la littérature médicale, de grouper un ensemble de symptômes pathologiques et de troubles fonctionnels toujours les mêmes, ayant la même origine, la même évolution, relevant du même traitement, pour former un syndrome clinique que je dénommerai : *impotence fonctionnelle nasale*.

M'inspirant d'opinions autorisées telles que celles de mon maître le D^r Lermoyez, des D^{rs} Lubet-Barbon, Vacher ; m'inspirant aussi des intéressants travaux du D^r Rosenthal, aidé des conseils du D^r Mahu, j'ai voulu montrer qu'avec des moyens thérapeutiques extrêmement simples, sans instrumentation spéciale, sans manœuvres extraordinaires, compliquées et fatigantes, avec un peu de patience de la part du médecin, un peu de bonne volonté du côté du malade, on évitera de voir, après des traitements endonasaux les mieux faits, les plus savants, des malades continuer pendant des années à respirer par la bouche, quand par un traitement ultrarapide, facile, à la portée de tout oto-rhino-laryngologiste, il eût été possible de supprimer la respiration buccale et d'éviter tout le cortège des graves, terribles et mortelles maladies qui peuvent en être la conséquence.

Le rôle du spécialiste n'est pas seulement de diagnostiquer

et d'opérer, mais aussi de rééduquer. La rééducation est le complément indispensable de toute bonne opération.

OBSERVATION I (Dr Lermoyez) (observation publiée dans le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 20 janvier 1899, p. 65). — B... (Victorine), 45 ans, blanchisseuse, se présente le 11 juin 1897 à la consultation des maladies du nez, du larynx et des oreilles, à l'hôpital Saint-Antoine. Elle se plaint d'une obstruction nasale complète. Cette imperméabilité du nez date de la première enfance.

En un mot, c'est le syndrome d'une insuffisance nasale très ancienne avec toutes ses conséquences.

La rhinoscopie donne l'explication de cette imperméabilité nasale; elle constate un éperon moyen de la partie droite de la cloison et une hypertrophie considérable des deux cornets inférieurs, dont la tête vient de chaque côté s'écraser contre la cloison.

Pour dégager le nez, mon assistant le Dr Laurens pratique la turbinotomie antérieure des deux cornets inférieurs. La malade est revue deux mois après (11 août); le résultat local est parfait; les fosses nasales sont absolument libres, et, par rhinoscopie antérieure, on a une vue nette du rhino-pharynx non obstrué. Malheureusement le résultat fonctionnel de l'opération est loin d'être aussi brillant. La malade continue toujours à se trouver dans l'impossibilité de respirer par le nez; il lui est impossible de souffler, de renifler, de se moucher.

Le 20 novembre, je constate de nouveau cette impossibilité absolue d'utiliser les fosses nasales, et cependant elles sont tout à fait libres, puisque la douche d'air donnée successivement par chaque narine pénètre abondamment dans la gorge.

D'ailleurs, il n'y a aucun trouble de résonance nasale (pas de rhinolalie close). Il n'y a non plus aucun reflux des boissons par le nez. Et cependant, quand on maintient de force la bouche fermée, la face se cyanose, les yeux s'injectent, les ailes du nez se dilatent; au bout de une à deux minutes, la malade se débat, asphyxiant; puis, dès qu'on cesse l'occlusion buccale, on la voit faire par la bouche une série de grandes inspirations pour calmer la soif d'air. On ne peut donc pas nier ce paradoxe curieux d'un nez tout à fait libre et cependant tellement incapable de servir à la respiration que l'occlusion de la bouche seule suffit à provoquer une apnée absolue.

La malade est très minutieusement examinée au point de vue

de l'hystérie ; de cet examen découle cette constatation que nous nous trouvons en présence d'une hystérie latente des mieux caractérisées, et cependant jusque-là insoupçonnée chez une jeune fille qui n'a présenté aucun antécédent nerveux personnel ou héréditaire. Voici la liste de ces stigmates :

1° Anesthésie générale et complète de toute la surface du corps et à tous les modes de sensibilité ;

2° Rétrécissement concentrique et considérable de la contraction avec conservatoir de la contraction normale des pupilles à la lumière ;

3° Anesthésie tactile de la langue et perte absolue du goût ;

4° Perte totale de l'odorat ;

5° Diminution considérable de l'acuité auditive.

La malade ne semble pas avoir de zones hystérogènes ; elle n'a d'ailleurs jamais eu d'attaques convulsives. Elle est gaie, aimable, active et s'occupe dans le service de diverses petites besognes, très complaisamment ; elle semble totalement ignorer l'hystérie dont elle est atteinte.

La nuit, la bouche est close sans ronflement, sans agitation.

Avec le releveur du voile de Mahu, introduit par le nez, on rétracte fortement le voile du palais, et on le maintient écarté de la paroi postérieure du pharynx ; tout spasme du voile est ainsi rendu impossible ; l'occlusion de la bouche est alors pratiquée ; elle produit les mêmes effets que précédemment : l'hypothèse du spasme est donc à abandonner.

OBSERVATIONS II et III (L. Hemington-Pegler) (Voir *The Journal of laryngology*, juillet 1902). — Les deux patientes examinées sont âgées, l'une de 25 ans, l'autre de 30 ans. Leur regard est stupide, égaré ; leur bouche est constamment ouverte ; mais elles n'ont pas cependant le vrai facies adénoïdien. Elles ont une respiration exclusivement buccale et parlent en rhinolalie close.

« Pour ce qui est de leur respiration buccale, elle était si absolue que, si on leur fermait la bouche avec la main, elles étaient dans l'impossibilité absolue de respirer et devenaient positivement cyanosées, prêtes à suffoquer ; et pourtant, dans aucun de ces deux cas, il n'y avait d'obstruction nasale vraie. »

Chez ces deux malades, l'auteur signale une douleur sourde localisée à la racine et au dos du nez.

La plus jeune des malades était de plus atteinte d'aphonie hystérique transitoire d'abord, puis permanente.

Chez toutes deux l'examen des cordes vocales montre, au moment de la parole, des mouvements rappelant ceux des bègues.

De même le voile du palais est, bien que parésié, le siège de mouvements spasmodiques.

L'examen des deux malades au point de vue hystérique montre chez les deux patientes à peu près les mêmes stigmates :

a. Antécédents héréditaires névropathiques;

b. Hémianesthésie de tout le côté gauche;

c. Perte du goût et de l'odorat;

d. Anesthésie pharyngée;

e. L'auteur attribue l'impossibilité de respirer par le nez à un spasme fonctionnel, d'origine hystérique, au niveau des muscles du voile du palais, et pour preuve il fit l'expérience suivante :

« Un long ruban fut passé le long d'une des fosses nasales et attiré dans la bouche, derrière le voile; on attache les deux extrémités sur la lèvre supérieure, afin de contrôler l'action du voile, et l'on ferme la bouche avec la main; après de grands efforts et des arrêts temporaires de la respiration, les patientes respirent par le nez. Dans le cas de la plus âgée des patientes, l'effet moral de cette intervention fut excellent, et elle ne présenta plus de troubles respiratoires aussi marqués à aucune des visites suivantes. L'autre patiente n'en tira pas le même bénéfice, et elle est actuellement dans le même état. » (*Traduction personnelle. Résumé*).

OBSERVATION IV (Dr Lermoyez) observation publiée dans les *Annales des maladies de l'oreille*, n° 9, septembre 1904). — M^{lle} B..., âgée de 21 ans, vient me consulter le 28 novembre 1903, parce qu'il lui est impossible de respirer par le nez. Elle tient constamment sa bouche ouverte, même quand on ne l'observe pas. Elle parle en rhinolalie close et ne peut se moucher. Elle a la gorge sèche, les dents cariées des vieilles respirations buccales. La nuit, elle ronfle bruyamment, bave sur son oreiller; même en dormant, elle ne respire aucunement par le nez.

Elle se rappelle que, vers l'âge de 14 ans, à la suite d'un coryza, elle commença à user de la respiration buccale; et peu à peu elle perdit sa fonction respiratoire nasale.

Dès le premier examen, l'insuffisance nasale est frappante. Vient-on à obliger la patiente à fermer sa bouche, on voit immédiatement le thorax se mettre en immobilité, et la cyanose de la face apparaît.

Cependant l'insuffisance nasale n'est pas absolue; car de temps en temps, vaincue par le besoin d'air, la malade essaie quelques inspirations par le nez, inspirations saccadées, ataxiques, superficielles, à peine suffisantes pour prévenir l'asphyxie. Or, en examinant ses fosses nasales, j'ai la surprise de constater qu'elles sont absolument libres, plus larges même qu'à l'état normal, car les cornets sont un peu atrophiés.

Le pharynx nasal est également béant, et le voile du palais ne présente aucun trouble ni de sensibilité, ni de mobilité.

C'est en somme la réédition de ma malade de 1889, sauf qu'elle ne présente pas de stigmates vrais d'hystérie. Peut-être la sensibilité tactile est-elle un peu plus paresseuse à droite qu'à gauche, et la région ovarienne un peu sensible à la pression. Mais il n'y a pas de rétrécissement du champ visuel.

Restait le traitement. Je confiai cette malade au Dr Rosenthal, chef de clinique de la Faculté, qui voulut bien la traiter exclusivement par la gymnastique respiratoire. En quatre séances, l'insuffisance nasale, vieille d'au moins sept ans, avait disparu. Et deux mois après, en janvier 1904, la guérison se maintient complète: la malade ferme sa bouche, respire par le nez sans effort et ne ronfle plus la nuit. Sa voix est redevenue normale.

OBSERVATION V (*personnelle*). — La malade que j'examinais le 27 novembre 1907 me fut confiée par le Dr Mahu pour que j'essaye de la rééduquer, car, malgré des fosses nasales absolument libres, elle ne peut respirer par le nez et ce depuis sept ans. La malade est âgée de 32 ans, est mariée, mère de trois enfants bien portants.

Elle est tuberculeuse; il y a huit ans qu'on la soigne pour un sommet gauche; il y a deux ans pour entérite chronique, classée bacillaire.

Elle est syphilitique; on la soigne actuellement par des piqûres pour une leucoplasie linguale.

Cependant son état général est assez bon et lui permet une vie très active; elle se plaint principalement de son tube digestif: mauvaises dents, ulcérations linguales, bouche sèche, mauvaise haleine, amertume, brûlures sur le trajet de l'œsophage, brûlures d'estomac, etc...

La malade n'a aucun stigmate de l'hystérie. Réflexes normaux peut-être un peu exagérés.

Son caractère, sans être très modifié, est un peu particulier: émotivité; quelques crises de larmes; dans certaines circonstances, manque de décision. Elle est bien également un peu découragée par

toutes les maladies qui tombent sur elle ; mais ce qui l'inquiète surtout, ce ne sont ni sa tuberculose, ni sa syphilis, mais c'est son nez : elle est persuadée qu'elle ne respirera jamais par le nez ; elle rend sa respiration buccale responsable de tous ses maux, et elle n'a pas tout à fait tort.

La malade rapporte le début de son affection nasale à environ neuf ans en arrière ; elle aurait évolué progressivement. Il y a six ans, on commence à la soigner pour rhinite hypertrophique ; à ce moment, la respiration buccale est établie depuis un an.

Il y a cinq ans, on l'opère, on lui enlève dans la narine droite le cornet inférieur, et probablement une petite crête de la cloison. Les pansements consécutifs furent longs, la malade ayant mouché des croûtes pendant quelques mois. Enfin la malade guérie ne revient plus à l'hôpital ; mais elle continue à respirer par la bouche et ne s'en préoccupe pas davantage, se croyant inguérissable quant à cela. Il y a à peu près un an, la malade revient à l'hôpital : elle remouche des croûtes ; nouveau traitement par lavages et pommades : guérison. C'est alors qu'elle m'est adressée pour tenter de la rééduquer.

La malade présente un aspect particulier. Sa bouche est complètement ouverte, et les ailes du nez sont très rapprochées de la cloison. Elle parle légèrement en rhinolalie close. Lui demande-t-on de respirer par le nez, aussitôt elle se met à grimacer épouvantablement, à contracter son front ; la racine du nez se plisse, et elle éprouve à ce niveau un tiraillement pénible, douloureux, non seulement extérieurement, mais il lui semble que cette sensation se prolonge dans son cerveau ; elle se plaint à ce moment d'une sensation d'extraordinaire sécheresse dans les fosses nasales ; enfin et surtout, elle asphyxie, se cyanose ; elle essaye en vain de respirer : étouffant, elle ouvre la bouche pour satisfaire sa soif d'air ; elle fait une inspiration buccale : la scène est finie, mais elle est épuisée ; elle n'en peut plus.

Ce qu'il y a de curieux, c'est qu'en cherchant à analyser le phénomène on s'aperçoit qu'il est principalement localisé à la narine droite. Bouche-t-on avec le doigt la narine gauche, l'asphyxie est à son comble ; si l'on bouche la narine droite, la malade fait encore des efforts évidents pour respirer, mais bien moindre : l'air passe un peu.

Quant à l'examen local, voici ce qu'il nous apprend :

La muqueuse dans la narine droite est pâle, presque totalement insensible ; les odeurs fortes sont à peine perçues ; la malade ne sent absolument pas l'air passer. Du côté de la narine gauche, tous

ces troubles existent, mais atténués. Les deux narines sont vastes, larges, et l'on aperçoit parfaitement le cavum; on voit le voile s'élever si l'on fait prononcer la lettre *i* très aiguë par la malade; le voile du palais semble paresseux surtout du côté droit. Le cavum est très libre, assez vaste, et la rhinoscopie postérieure est chez elle des plus faciles. La langue est extrêmement saburrale, comme recouverte d'une épaisse couche de lait caillé; sur le bord gauche, une longue ulcération antéro-postérieure, diagnostiquée à Saint-Louis leucoplasie buccale. Telle était la malade lorsque j'entrepris de la rééduquer.

Pensant que son impotence fonctionnelle nasale n'existait que parce que à la suite d'une mauvaise habitude ancienne et acquise, s'était créée chez elle une idée fixe : celle de ne pouvoir respirer par le nez; que cette idée fixe avait annihilé chez elle toute volonté de réagir et de faire effort pour enrayer la mauvaise habitude acquise; qu'elle était devenue pour ainsi dire aboulique respiratoire; j'estimais qu'il s'agissait ici d'une névrose assez semblable aux crampes fonctionnelles ou professionnelles, et je réglais mon traitement en conséquence. Deux choses étaient à considérer chez elle :

1° L'idée fixe qu'elle s'était créée de son impuissance à respirer par le nez et, comme conséquence, la perte ou la diminution de l'odorat et de la sensibilité nasale;

2° Le trouble mécanique lui-même consistant en une ouverture de la bouche, et sinon en un spasme vrai, du moins en une élévation du voile au moment de l'inspiration. Combattre l'idée fixe, lui prouver que ses fosses nasales étaient libres, que l'air pouvait y passer, que l'odorat, la sensibilité n'étaient qu'endormis, lui apprendre enfin le mécanisme de sa respiration nasale, tel fut mon but.

Première séance (27 novembre). — Avec une soufflerie de Luçae montée sur un embout olivaire, je lui soufflais sous pression de plus en plus forte de l'air dans chaque narine. Au début, la malade me dit ne rien éprouver; je lui fais essayer d'inspirer au moment précis où je pousse l'air dans son cavum : après quelques essais, elle éprouve une joie, un soulagement immense, une sensation exquise, dit-elle, car elle vient pour la première fois depuis neuf ans de sentir un peu d'air passer dans son nez et dans sa gorge. A la sensation agréable ressentie, s'ajoutait certainement la satisfaction mentale de la non-existence d'une obstruction nasale. Je lui insufflais alors par la bouche directement dans le cavum, avec une canule de Vacher, de l'air par la soufflerie, et lui plaçant une

plaque de Glatzel sous le nez, je lui fis constater de ses propres yeux que l'air passait dans un sens comme dans l'autre.

Pour terminer cette première séance, je lui faisais faire, sans aucun mouvement des bras, deux inspirations nasales en l'aidant de ma soufflerie; cet exercice lui est très difficile, la malade grimace épouvantablement et se cyanose. Je la renvoie chez elle en lui ordonnant de faire matin et soir deux inspirations nasales devant sa glace, en essayant de ne pas grimacer.

Deuxième séance (28 novembre). — La malade est un peu fatiguée des exercices faits depuis la veille; elle accuse quelques douleurs thoraciques, de la sécheresse nasale; elle dit sentir l'air passer dans son nez, mais très peu.

Mêmes expériences et exercices que la veille. Je lui fais faire seulement quatre inspirations au lieu de deux. De plus, je l'exerce à soulever ou à abaisser son voile au commandement sur les voyelles E, I, et les nasales *an, en, in, on, un..*

La malade est un peu moins fatiguée que la veille. Je lui ordonne de faire chez elle quatre inspirations trois fois par jour, toujours devant sa glace, ainsi que des exercices sur les voyelles ci-dessus.

Troisième séance (29 novembre). — La malade arrive très satisfaite: elle est moins fatiguée, elle sent de plus en plus l'air passer dans son nez; elle fait moins d'efforts, moins de grimaces en inspirant; elle a pu marcher dehors cinq minutes la bouche fermée. Elle reste devant moi la bouche close sans trop d'efforts, ne l'ouvrant qu'à longs intervalles.

Je refais les exercices de la veille, plus un peu de vibration du voile avec le moteur; je lui fais sentir également des odeurs de plus en plus fortes, fleur, eau de Cologne, iode, éther, acide acétique, et je redescends cette gamme d'odeur. Je lui recommande de s'exercer chez elle à sentir des odeurs variées et lui ordonne six inspirations trois fois par jour avec quelques mouvements d'élévation des bras.

Quatrième séance (30 novembre). — Grande amélioration. Fatigue presque nulle; mouvements respiratoires plus amples, plus aisés. La malade peut rester une dizaine de minutes sans ouvrir la bouche; aussi la langue est-elle moins sale, la digestion meilleure et les brûlures d'estomac diminuées. Elle sent parfaitement l'air passer dans son nez; l'odorat, la sensibilité nasale sont presque redevenus normaux.

Je répète les exercices de la veille et donne même ordonnance. Je lui dis seulement de faire dix inspirations trois fois par jour au lieu de six.

Cinquième séance (1^{er} décembre). — L'amélioration continue et

marche à grands pas. Elle ne fait plus d'efforts pour respirer par le nez et garde la bouche fermée de plus en plus longtemps.

Je lui fais encore quelques insufflations d'air, un peu de massage du voile et une dizaine de respirations nasales. Comme elle se plaint de continuer à dormir la bouche ouverte, je lui fais mettre un bandeau ouaté sur la bouche, la nuit.

Sixième séance (3 décembre). — La malade a retrouvé sa respiration nasale physiologique pendant le jour. Elle sent les odeurs, et la sensibilité tactile de la muqueuse nasale est entière; le spéculum nous montre une muqueuse rosée, luisante et humide.

Le bandeau nocturne a été mal mis et n'a pas tenu; je lui montre la manière de le placer et de le consolider avec une bande Velpeau.

Septième séance (3 décembre). — La guérison persiste. La malade a dormi la bouche fermée, mais à son réveil elle se plaint que sa langue la fait souffrir et que les dents ont marqué. En raison de son ulcération, je verrai à parfaire sa guérison.

Le 20 janvier 1908, deux mois après, la guérison s'est maintenue. Elle ne se plaint plus de son appareil digestif. Elle respire toute la journée par le nez. La nuit, respiration mi-nasale, mi-buccale. Sa langue ne va pas mieux quant à l'ulcération; mais elle est entièrement nettoyée.

Le 22 février 1908, la guérison persiste.

Le 25 mars, voici trois mois que la malade respire physiologiquement, c'est-à-dire par le nez. Il y a un mois, elle eut un fort coryza, et, pendant quelques jours, elle reprit sa respiration buccale. D'elle-même elle se remit aux exercices appris; mais il lui fallut quinze jours pour reperdre la mauvaise habitude d'autrefois qui la menaçait.

Elle respire toute la journée la bouche fermée. La nuit, la respiration est encore buccale. Quant à son ulcération linguale, à la suite du biodure et d'un limage des dents, elle semble s'améliorer.

SYMPTOMATOLOGIE. — En résumé, nous avons cinq malades qui présentent une même affection, dont voici les caractères communs :

1° Toutes ces malades sont des adultes; la plus jeune a 16 ans, les autres 24, 30, 21, 32 ans;

2° Toutes sont des femmes;

3° Dans trois cas, nous pouvons affirmer une obstruction nasale ancienne à l'origine du mal; dans deux autres cas, nous

pouvons, je crois, soupçonner cette obstruction antérieure;

4° Chez toutes ces malades, les fosses nasales sont entièrement et continuellement libres, parfois même plus larges que normalement;

5° Chez toutes, on retrouve la même impossibilité absolue à respirer par le nez, cette impossibilité allant jusqu'à la cyanose et à l'asphyxie, si l'on oblige le sujet à fermer la bouche ;

6° Dans aucun des cinq cas, on a pu constater un spasme vrai du voile au moment de l'inspiration. Dans les observations I, II, III, l'asphyxie s'est produite, bien que l'on eût rétracté le voile soit par le releveur, soit par un cordon passant dans la fosse nasale, ressortant par la bouche et lié sur la lèvre supérieure.

Dans les observations IV et V, les malades ont plutôt tendance à avoir un voile relâché, parésié, que contracturé ou susceptible de mouvements spasmodiques; et toutes deux accusent une légère rhinolalie close ou nasonnement;

7° Chez toutes ces malades, la sensibilité tactile de la muqueuse des fosses nasales est diminuée;

8° De même l'odorat est diminué ou aboli.

Nous pouvons conclure de ces caractères communs que l'impotence fonctionnelle nasale est une affection de l'âge adulte, très fréquente chez la femme, consécutive à une ancienne obstruction nasale, caractérisée par une impuissance absolue à respirer par le nez, impuissance allant jusqu'à l'asphyxie, malgré des fosses nasales absolument libres. Mais, à côté de ces symptômes communs, quelques caractères ne semblent pas se retrouver dans tous les cas. Ainsi :

a. Sur cinq malades, trois sont nettement hystériques, deux autres n'ont aucun stigmate de cette névrose ;

b. Sur cinq malades, nous en trouvons trois chez qui le traitement psychique n'a rien donné et deux sur qui un traitement psychomoteur (obs. IV et V) a donné des résultats si rapides qu'ils tiennent presque du merveilleux. Or justement les deux malades guéries sont celles qui ne présentent aucunes tares de l'hystérie.

Sommes-nous donc en présence de deux affections différentes

par leur nature, mais semblables par leurs manifestations ? Ou bien y a-t-il une seule et même affection, mais ayant évolué sur des terrains différents et ayant été traitée différemment aussi ? Il me faut donc tenter d'élucider la nature de l'impotence fonctionnelle nasale.

PATHOGÉNIE. — Cette dénomination d'impotence fonctionnelle nasale n'est pas nouvelle ; on l'a déjà employée, mais avec une conception trop étendue, plus ou moins vague, et surtout dans le sens d'insuffisance nasale. Or, impotence fonctionnelle et insuffisance sont, tout en étant fort voisines, deux affections différentes. Il faut distinguer en effet trois états successifs :

1° L'insuffisance vraie, mécanique, *a materia* ; l'air pénètre, mais insuffisamment, parce qu'un obstacle réel, visible, palpable, s'élève sur le trajet naso-pharyngien du torrent respiratoire ; comme type, nous prendrons l'insuffisance des adénoïdiens ;

2° L'insuffisance fonctionnelle, *sine materia*, consécutive à la précédente, dans laquelle l'air passe dans un nez libre, mais encore insuffisamment, malgré l'intervention libératrice faite pour remédier à l'insuffisance vraie. Comme type, nous prendrons ceux que M. Lermoyez a classés sous le nom de « faux adénoïdiens » et dont Jacob, dans sa thèse, a donné plusieurs observations, cette insuffisance fonctionnelle faisant suite à l'autre dans un dixième des cas ;

3° L'impotence fonctionnelle dans laquelle l'air ne peut absolument plus passer dans les fosses nasales, non seulement libres, mais même trop larges, si bien que la moindre tentative de respiration nasale produit la cyanose et l'asphyxie ; affection dans laquelle toutes les fonctions du nez sont amoindries ou annihilées, telles que mouchage, sensibilité, odorat, affection enfin résultant, mais à longue échéance, et de l'insuffisance mécanique et de l'insuffisance fonctionnelle.

Ce sont donc là trois étapes d'une même évolution pathologique ; mais chacune présente un caractère bien net, bien tranché, pathognomonique :

- a. L'obstacle mécanique dans l'une ;
- b. L'insuffisance dans l'autre ;

c. La suppression totale de la fonction dans la dernière.

Et si, dans les deux premières étapes, le siège du mal est périphérique, dans l'impotence fonctionnelle nasale il s'est élevé et est devenu central.

Si nous considérons, en effet, la rareté de cette affection, d'autant plus frappante que le nombre des insuffisances nasales mécaniques ou fonctionnelles est considérable, comment ne pas se demander pourquoi tant de malades guérissent d'eux-mêmes, sans rééducation ou par quelques simples conseils, de leur insuffisance fonctionnelle post-opératoire et retrouvent facilement le type respiratoire physiologique, alors que d'autres conserveront pendant des années et perfectionneront, si je puis dire, une respiration buccale antiphiysiologique et néfaste; et ces derniers sont probablement très nombreux si l'on tient compte de tous ceux qui veulent bien s'accommoder de cette habitude, échappant par cela même à tout examen.

Ces échecs, en tant que résultats fonctionnels, sont bien évidemment indépendants de l'opération et de l'opérateur; celui-ci rétablit parfaitement la perméabilité du nez, et, sur ses conseils, le malade ne manque de faire, rentré chez lui, quelques inspirations nasales; dans la majorité des cas, rapidement tout s'arrange: l'insuffisance fonctionnelle post-opératoire n'est que transitoire. Mais, chez d'autres, l'insuffisance fonctionnelle post-opératoire devient permanente, et à la longue, s'aggravant, se transforme en impotence. Voici comment: mais considérons d'abord les opérations nécessaires, indispensables, à l'accomplissement d'un acte nouveau, conscient et commandé. Outre l'effort intellectuel pour comprendre et l'acte à accomplir et l'ordre reçu; outre aussi l'effort physique indispensable à l'action (ces deux facteurs étant rarement insuffisants), il faut surtout être capable pour agir:

1° De pouvoir faire effort de volonté;

2° De pouvoir faire effort d'attention afin d'extérioriser sa volonté.

Car l'attention est l'auxiliaire inséparable de la volonté; pour pouvoir agir, pour réaliser ce que l'on a voulu, il faut appliquer son esprit, concentrer son intelligence sur ce que

l'on a voulu, c'est-à-dire faire attention. Combien veulent mais ne peuvent pas ! Quelques-uns par inintelligence, beaucoup par incapacité à fixer quelque temps leur esprit, leur attention, à un même objet, à une même idée, à un même acte volontaire ; leur attention se fatigue rapidement et leur volonté, non soutenue par elle, se lasse de vouloir, tels ces neurasthéniques qu'épuise le moindre effort physique ou intellectuel prolongé.

Établissons encore ce qu'est la respiration nasale physiologique ; c'est un phénomène à la fois volontaire, conscient, subconscient et réflexe :

a. Volontaire parce que nous pouvons à volonté régler le rythme et l'amplitude de nos respirations ;

b. Conscient, parce que, si nous le voulons, nous pouvons analyser nous-mêmes, décomposer ces mêmes mouvements ; nous nous sentons respirer si nous y prêtons attention ;

c. Subconscient, parce que généralement nous respirons sans y penser, comme nous digérons ; le phénomène se passe en nous-mêmes dans notre subconscient, dont nous pouvons d'ailleurs le tirer pour le placer dans le conscient ;

d. Réflexe enfin, parce que nous respirons en dormant, parce que nous ne pouvons suspendre indéfiniment notre respiration, et qu'à un moment donné, malgré tous nos efforts, le sang surchargé de CO_2 produit une excitation des centres bulbaires respiratoires et détermine le mouvement inspiratoire sauveur.

Supposons maintenant un individu qui, pendant des années, a respiré par le nez physiologiquement. Progressivement, un obstacle mécanique se dresse sur le trajet naso-pharyngien du torrent respiratoire. Sa respiration de subconscience va devenir consciente ; ayant conscience de sa gêne respiratoire nasale, volontairement il va appliquer son attention à changer son mode respiratoire ; il respirera donc par la bouche consciemment et à la longue subconsciemment. Cette nouvelle habitude se substituera à l'autre dans le conscient et le subconscient, et la respiration nasale physiologique se trouvera, après un temps plus ou moins long, totalement oubliée, perdue dans les profondeurs du subconscient.

Libérons les fosses nasales de cet individu ; il lui sera nécessaire, pour reprendre son ancienne habitude physiologique, de faire un effort de volonté et d'attention assez considérable pour extraire de ces profondeurs du subconscient la conscience de cette habitude passée et y rejeter à sa place l'habitude vicieuse acquise. Mais que l'effort de volonté et d'attention pour ce faire soit impossible, ou même insuffisant, et l'impotence fonctionnelle nasale est établie. Aussi avais-je raison de dire que l'affection de périphérique est devenue centrale ; et c'est parce qu'ils étaient des insuffisants de la volonté et de l'attention, qu'ayant été des insuffisants respiratoires, ils sont devenus des impotents fonctionnels.

Nous nous trouvons donc en présence d'une diminution de l'activité volontaire, c'est-à-dire d'une aboulie, mais aboulie partielle systématisée à une seule fonction, la respiration nasale ; car, pour tout le reste, ces malades sont absolument capables de vouloir et veulent en effet. De même que certains abouliques sont uniquement incapables de manger, ou de boire, ou d'écrire, ou de marcher, de même d'autres sont donc uniquement incapables de respirer par le nez ; et, comme chez tous les abouliques, à cette diminution de l'activité volontaire peut s'associer une idée obsédante, une phobie, la crainte et la certitude d'un obstacle nasal et de l'impossibilité de respirer (obs. V.).

Et comment ne pas rapprocher une telle aboulie fonctionnelle systématisée d'une affection bien connue, « les crampes professionnelles et fonctionnelles » ! Quels sont en effet les caractères de cette névrose dont le type est la « crampe des écrivains », mais dont les variétés sont extrêmement nombreuses ?

D'après le Dr Henry Meige, elle se caractérise :

1° Soit par des contractures, soit par du tremblement, soit par des phénomènes parétiques ou paralytiques, localisés à un groupe de muscles habitués à exécuter synergiquement un acte fonctionnel ou professionnel.

Or ne pouvons-nous pas admettre qu'il s'agit ici d'une parésie localisée à l'ensemble des muscles jouant un rôle dans l'inspiration nasale physiologique, et principalement aux muscles

du voile du palais, parésie acquise par la perte prolongée de la fonction ;

2° Par le fait que ces phénomènes ne se produisent qu'à l'occasion de cet acte et en exigent la répétition fréquente. Ce caractère s'applique encore à l'impotence nasale ;

3° Par le fait qu'ils exigent pour se produire une prédisposition congénitale du sujet.

Comme je l'ai montré, ces sujets sont des insuffisants de la volonté et de l'attention ;

4° Ces phénomènes peuvent être considérés comme des résultats d'aboulie, d'amnésie motrices exclusivement limitées à un acte fonctionnel déterminé, et se traduisent par l'incapacité de régler les contractions synergiques nécessaires à la bonne exécution de l'acte.

C'est ce que j'ai démontré pour l'impotence nasale ;

5° Ces phénomènes relèvent parfois d'une idée fixe, celle que l'acte est impossible à exécuter.

La malade de mon observation (obs. V) en est la preuve bien nette. Enfin, quand j'aurais dit que les principes du traitement sont identiques dans les deux affections et consistent en la rééducation psychomotrice, je crois que je serai autorisé à déclarer que l'impotence fonctionnelle nasale et les crampes fonctionnelles et professionnelles, dont le type classique est la crampe des écrivains, ne sont que deux variétés d'une même psychose.

Je ne crois pas qu'il puisse être question ici de faire entrer l'impotence fonctionnelle nasale dans le cadre de l'hystérie, et je résisterai à la tendance exagérée que l'on a d'étiqueter hystérie ou neurasthénie toute névrose mal connue et mal expliquée. L'impotence nasale a ses caractères personnels, particuliers, systématisés, qui en font une névrose à part, et si, sur cinq malades que je présente, à côté de deux qui n'ont absolument aucun des stigmates de l'hystérie, il y en a trois qui le sont très nettement, c'est que l'hystérie est une névrose qui, par les modifications profondes qu'elle apporte à la personnalité mentale de l'individu, favorise le développement de névroses secondaires, et alors accessoires, sur ce terrain tout préparé ; et, chose curieuse, elle semble bien, dans le cas

présent, en voir assombri le pronostic, car les trois hystériques n'ont guère profité du traitement, imparfait il est vrai, parce que à ce moment mal connu; tandis que les deux autres atteintes d'une névrose moins grave et moins polymorphe, parce que systématisée, ont guéri en quelques séances d'une affection vieille de sept et neuf ans.

Je définirai donc l'impotence fonctionnelle nasale : une névrose caractérisée par la parésie des muscles fonctionnant dans la respiration nasale physiologique et principalement du voile du palais; parésie occasionnant, en l'absence de tout obstacle matériel, un obstacle fonctionnel au passage de l'air dans les fosses nasales et dans le cavum, parésie enfin due à une amnésie motrice à la suite de la répétition fréquente d'un acte antiphiysiologique tel que la respiration buccale, mais longtemps nécessaire, chez des sujets prédisposés par un état mental particulier consistant en une insuffisance de la volonté et de l'attention, parfois aussi prédisposés par l'hystérie : cette névrose étant redevable, quant au traitement, de la rééducation psychomotrice.

TRAITEMENT. — D'après cette définition de l'impotence fonctionnelle nasale, il ressort bien évidemment que, dans le traitement, on a deux buts à poursuivre :

1° Une rééducation psychique ;

2° Une rééducation motrice.

La rééducation psychique consiste à gagner d'abord la confiance de son malade pour mieux le rassurer et détruire son idée fixe, son obsession. Appliquons-nous donc à lui démontrer l'erreur qu'il s'est faite; prouvons-lui que son nez est absolument libre, que l'air peut et doit y passer. Pour ce faire, je préconiserai les deux moyens suivants, bien simples, reproduisant artificiellement le torrent respiratoire. Utilisant, par exemple, une soufflerie de Lucaemontée sur une olive nasale, j'applique exactement cette olive à un des orifices narinaires, laissant l'autre entièrement libre. Faisant prononcer alors au malade, en l'exerçant un peu préalablement, les voyelles nasales *on* ou *an*, lui montrant à bien en placer le timbre dans les fosses nasales, à en exagérer le nasonnement,

afin de bien abaisser le voile du palais, la soufflerie étant bien gonflée, je lui insuffle assez vivement de l'air. Le malade sent alors cet air arriver dans ses fosses nasales, dans son cavum, son pharynx et même dans son larynx. Cette manœuvre ne présente aucun danger pour l'oreille moyenne, l'air ayant devant lui pour s'échapper et la fosse nasale opposée et l'espace vélo-pharyngien.

De même, remplaçant l'olive nasale par une canule métallique de Vacher, utilisée ordinairement pour le lavage du cavum, j'insuffle de l'air en sens inverse; je place l'extrémité de cette canule dans le cavum, et, ordonnant au malade, après une large inspiration buccale, de fermer la bouche et d'expirer bruyamment en émettant du nez les voyelles nasales *on, ou, an*, je lâche l'air de la soufflerie de Luçae bien gonflée : le malade, soit avec sa main, soit mieux encore sur une plaque de Glatzel placée sous le nez, constatera *de visu* que l'air passe également à l'expiration. Voici le malade convaincu de son erreur; mais il est nécessaire de répéter plusieurs fois à chaque séance ces expériences, afin de bien ancrer dans son esprit, je dirai cette nouvelle idée fixe que nous venons de substituer à l'autre.

Il nous faut maintenant consolider sa volonté, maintenir son attention, en lui parlant, lui expliquant le mécanisme de sa respiration nasale, en lui détaillant le pourquoi et le comment, en l'exerçant progressivement à inspirer et à expirer par le nez, tout en l'aidant de la soufflerie suivant la technique ci-dessus; mais diminuons progressivement la quantité d'air que nous lui fournissons afin de substituer insensiblement à l'air de la soufflerie l'air inspiré ou expiré par le malade. Et ce faisant, nous appliquons un traitement psychique, mais aussi moteur, car nous exerçons le malade à rendre synergiques et des contractions musculaires qui ne l'étaient plus, et des fonctions telles que l'ampliation thoracique, la dilatation pulmonaire, l'inspiration nasale (et *vice versa*) qui avaient perdu l'habitude de l'être.

Nous augmenterons ensuite progressivement les difficultés en habituant le sujet à inspirer et à expirer sans le secours de la soufflerie; nous lui ferons faire quelques mouvements élévatoi-

res des bras à l'inspiration, surtout pour rythmer sa respiration et fixer davantage son attention. Mais il ne faut pas fatiguer le malade, et nous devons procéder par petites séances, plus fréquentes que longues.

Complétons cette discipline psychomotrice par quelques vibrations du voile, pour réveiller sa tonicité affaiblie, et exerçons-le à s'élever ou s'abaisser à notre commandement, ensuite à la volonté du malade, en utilisant l'émission d'abord, des voyelles I et E pour l'élever, et *an, on, in en, un*, pour l'abaisser.

J'insisterai encore sur l'utilité de faire faire au malade ses exercices devant une glace, d'abord pour l'habituer à modifier ses grimaces et ses efforts inutiles quand il essaye d'inspirer, et aussi pour tenir davantage son attention et sa volonté en éveil.

Le traitement sera complété par un entraînement de l'odorat en utilisant des odeurs courantes de plus en plus fortes, puis de moins en moins, afin d'obliger ce sens à faire, une fois sorti de sa torpeur, de plus en plus attention pour percevoir ce que l'on présentera à sa perspicacité.

Une fois la guérison obtenue, il faudra la maintenir en faisant continuer les exercices pendant un certain temps et en revoyant le malade à intervalles de plus en plus éloignés; car il importe que l'influence du médecin continue à s'exercer même de loin, sous peine de voir le malade reprendre sa mauvaise habitude à la première obstruction nasale passagère, telle un simple coryza.

Enfin, si le malade, guéri de son impotence fonctionnelle nasale, s'y prête, en a les loisirs, et veut bien surtout en comprendre la nécessité, il faudra réparer chez lui le mal qu'aura fait pendant des mois et des années la respiration buccale. Et la rééducation respiratoire locale que nous avons faite sera heureusement complétée par la rééducation de tous les étages respiratoires et par le développement de la capacité respiratoire du sujet. Rosenthal a fort bien réglé cette rééducation, et, grâce à elle, nous pourrions rendre à l'hématose son champ normal, fortifier l'état général du sujet et prévenir peut-être les plus graves affections, entre autres la tuberculose.

Une question reste à élucider : la valeur de ce traitement : sera-t-il toujours couronné d'aussi rapides succès que dans les observations IV et V ? Je considérerai deux cas :

1° Si la névrose est simple, unique, isolée, systématisée, s'il n'y a que l'impotence fonctionnelle nasale, pure de toute association, la guérison doit être rapide, car par elle-même c'est une névrose légère, ne s'attaquant qu'à une fonction assez mal connue du malade, et dont les idées fausses qu'il s'en fait sont faciles à détruire et à remplacer par de plus saines ;

2° Si elle coexiste avec une autre névrose plus grave, telle que l'hystérie, c'est celle-ci alors qui devient la base du pronostic, et le traitement devra s'attaquer en même temps à l'hystérie, terrain mental, fondamental, et à la névrose secondaire coexistante. Le résultat du traitement en sera évidemment plus aléatoire, en tout cas plus long et plus difficile. Les trois malades hystériques des observations I, II, III n'ont pas été améliorées ; il y a eu, je crois, insuffisance de traitement parce que à ce moment mal connu. Je pense qu'une rééducation psychomotrice bien conduite les eût guéries d'autant que leur hystérie semble avoir été légère.

Mais ce sur quoi j'insiste tout particulièrement, au point de vue du pronostic thérapeutique, c'est la nécessité absolue de n'entreprendre que des sujets présentant le signe, je dirai pathognomonique, de l'impotence fonctionnelle nasale : c'est-à-dire des sujets ne pouvant respirer par le nez malgré des fosses nasales toujours absolument libres. Aussi ne faudrait-il pas songer à rééduquer un impotent atteint de rhinite à bascule, ou d'hypertrophie intermittente de la muqueuse des cornets inférieurs. Chez ces malades, il faut d'abord libérer les fosses nasales d'une façon permanente et durable, avant de porter un diagnostic et d'appliquer le traitement psycho-moteur.

Maissi traiter et guérir sont bien, prévenir vaut mieux encore ; puisque cette affection ne s'installe que progressivement, passant par trois étapes successives : obstruction nasale, insuffisance nasale, impotence fonctionnelle ; n'attendons pas que de périphérique elle devienne centrale ; et, après avoir supprimé l'obstruction nasale, attaquons-nous à l'insuffisance nasale post-opératoire ; ne laissons pas au hasard le soin de

réapprendre aux opérés une fonction endormie seulement, mais qui à la longue s'oubliera totalement. Ne rendons donc à la circulation tous les adénoïdiens, amygdaliens, ou autres opérés de voies aériennes supérieures, que lorsqu'ils auront repris leur type respiratoire physiologique, c'est-à-dire la respiration nasale, et ce d'une façon absolue et durable. Point ne suffit de leur donner de bons conseils : il est urgent de les rééduquer et de ne pas attendre des années pour le faire. On évitera ainsi l'impotence fonctionnelle nasale et tous ses dangers. Et, comme je le disais au début de ce travail, la rééducation est le complément de toute bonne opération.

BIBLIOGRAPHIE

- GILBERT-BALLET, Pathologie mentale, 1903.
 BOULAY, Végétations adénoïdes et hygiène sociale (*Presse méd.*, 1904).
 CHATELLIER, Les végétations adénoïdes (*Thèse de Paris*, 1886).
 COURTADE, Respiration buccale chez les adénoïdiens (*Rev. de thérap. médico-chir.*, Paris, 1898).
 FÉRÉ, Sensations et mouvements (Paris, 1900).
 GUERMONPREZ, Gymnastique respiratoire (Paris, 1907).
 HEMINGTON-PEGLER, Deux cas de suspension fonctionnelle de la respiration nasale simulant l'obstruction (*The Journal of laryngology*, juillet 1902).
 JACOB, Rééducation respiratoire, traitement post-opératoire de rhino-adénoïdiens (*Thèse de Paris*, 1906).
 JOAL, Recherches spirométriques dans les rhinopathies (*Rev. de laryngol.*, etc., avril 1890).
 LERMOYEZ, Pseudo-obstruction nasale chez une hystérique (*Bull. de la Soc. méd.*, 20 janv. 1899). — Insuffisance nasale fonctionnelle et rééducation respiratoire (*Ann. des mal. de l'oreille*, sept. 1904).
 LUBET-BARBON, Hygiène thérapeutique des fosses nasales.
 MARTINET, Les végétations adénoïdes et leurs rapports avec la médecine générale (*Presse méd.*, août 1903).
 MAUREL, Hypohématose (Toulouse, 1890).
 MENDEL, Physiologie et pathologie de la respiration nasale, 1897.
 H. MEICE et FEINDEL, Les ties, 1902.
 POLI, Valeur comparée de la respiration nasale et buccale (*Ann. internat. d'oto-rhino-laryngol.*).
 RIBOT, Les maladies de la volonté, 1905. La psychologie de l'attention, 1906.
 ROSENTHAL, Gymnastique et rééducation respiratoire (*Mal. de l'enf. de GRANCHER*, t. V; *Presse méd.*, 1904, nos 17, 23, 43, 64; *Ann. des mal. de l'oreille*, janvier 1904).
 ROZIER et TISSIÉ, *Ann. des mal. de l'oreille* (janvier 1908). — Insuffisance nasale (*Presse méd.*, 22 nov. 1905).

VII

VALEUR DIAGNOSTIQUE DE L'IMMOBILISATION DE LA CORDE VOCALE (QUATRE OBSERVATIONS) (1).

Par **Henri ABOULKER**,

Oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital civil de Mustapha (Alger).

Dans le courant de l'année 1907, nous avons observé, à la consultation laryngologique, 12 cas d'épithélioma du larynx. Neuf de nos malades présentaient des tumeurs qui avaient débordé le larynx et s'accompagnaient d'engorgement ganglionnaire prononcé. Les trois autres, au contraire, avaient des lésions intrinsèques sans engorgement ganglionnaire avec un état général très satisfaisant. Ces lésions étaient limitées dans un cas à la région sous-glottique, dans un cas à la corde vocale seule, dans l'autre cas à la corde vocale et à la région sus-glottique. Dans les trois cas avec une image laryngoscopique variable, un même symptôme très net: l'immobilisation de la corde vocale du côté atteint, a fixé notre attention et nous a permis de faire un diagnostic précoce qui pouvait assurer le salut des malades. Dans les trois cas, une biopsie confirmée par l'évolution de la maladie déterminait la nature cancéreuse de l'affection.

Pendant la période où nous observions ces trois malades, nous avons reçu également à la consultation un homme de 45 ans, atteint de sténose laryngée grave avec hypertrophie d'une corde vocale, *sans immobilisation de cette corde vocale*. Ce malade fut très amélioré par une injection de calomel et guérit après la cinquième injection. Chez lui comme chez les trois malades précédents, l'image laryngoscopique ne permettait pas de choisir à coup sûr entre les diagnostics de

(1) Communication faite au *Congrès international de rhino-laryngologie de Vienne*, 1908.

laryngite chronique simple ou d'infiltration tuberculeuse, syphilitique ou cancéreuse. La mobilité relative de la corde vocale nous fit repousser l'idée de lésion épithéliomateuse; le traitement confirma cette manière de voir.

Ces quatre observations nous ont paru préciser la valeur de l'immobilisation de la corde vocale considérée comme signe de diagnostic précoce du cancer du larynx. A ce titre, nous avons cru intéressant de les rapprocher et de les présenter ensemble.

Voici ces observations :

OBSERVATION I. — Homme âgé de 52 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort en 1860. Mère âgée de 84 ans, assez bien portante. Trois sœurs bien portantes.

Antécédents personnels. — A l'âge de 13 ans, le malade raconte qu'il a eu une fluxion de poitrine qui l'a tenu au lit pendant environ une année. Depuis ce temps, il prétend avoir eu plusieurs gripes et des bronchites qui se succédaient sans interruption.

A souffert et souffre instamment de douleurs névralgiques, qui siègent soit à la région occipitale, soit à la région temporale, soit enfin à la région frontale.

Le malade est marié; sa femme aurait des antécédents suspects; l'une de ses sœurs est morte tuberculeuse. Il a une fillette de 6 ans qui a été opérée en 1902 par M. le professeur Curtillet pour hypertrophie des amygdales.

Depuis deux ans, le malade commence à souffrir de la gorge; il a constaté une faiblesse de l'émission vocale; depuis un an, enrouement.

Aucun trouble de la déglutition; depuis que l'enrouement a commencé, le malade accuse en même temps une légère dyspnée, surtout pendant la marche rapide. Depuis deux ans, le malade est soigné pour une laryngite chronique.

Examen le 24 janvier 1907. — Rien de particulier à l'examen du larynx et de la partie supérieure du pharynx. La corde vocale droite est un peu épaissie, irrégulière; la gauche ne présente pas de modification apparente.

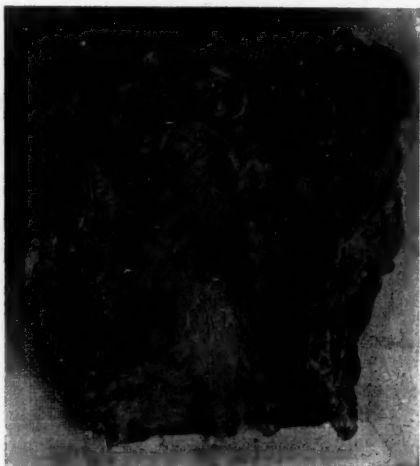
Les deux cordes vocales paraissent peu mobiles; mais cette immobilisation est surtout nette en ce qui concerne la corde vocale droite.

Aucune trace d'engorgement ganglionnaire dans la région sous-maxillaire, carotidienne et sous-angulo-maxillaire. Le malade a

été très fumeur, a beaucoup abusé de l'alcool. L'état général est très bon. L'auscultation : poumons et cœur normaux.

Aucun antécédent spécifique ; on ne trouve à l'examen aucune lésion syphilitique ; mais sa femme a eu cinq ou six fausses couches.

Pour écarter le diagnostic de syphilis du larynx, le malade est soumis au traitement (11 piqûres de biiodure ne modifient pas les lésions). Il prend également de l'iodure sans résultat.



Avec la pince laryngienne, on prélève un morceau de la corde vocale droite ; les fragments ne présentent rien de particulier, ni au point de vue microscopique, ni au point de vue macroscopique.

Cette extraction faite, on constate un ganglion de la grosseur d'une noisette dur, enclavée dans les tissus. La région glottique présente toujours le même aspect dans les inspirations profondes ; la corde droite est toujours immobilisée, la gauche se meut, se déplace vers la ligne médiane, beaucoup plus nettement que lors du premier examen ; on distingue la région sous-glottique et les premiers anneaux de la trachée.

Malgré l'absence de modifications importantes de l'image laryngoscopique, à cause de la persistance de l'immobilité de la corde vocale droite et de l'apparition de ce petit ganglion carotidien, le

diagnostic d'épithélioma de la région sous-glottique nous paraît très probable. On fait un nouveau prélèvement sous la corde vocale droite en introduisant la pince laryngienne au niveau de la glotte, puis en la poussant sous la glotte pour fouiller la région sous-glottique. On ramène un tissu de néoformation, molasse, très friable, qui paraît être un tissu d'épithélioma.

Le malade fait un séjour dans le service de M. le professeur Ardin-Delteil.

Examen histologique (20 avril) donne : épithélioma lobulé.

Le 10 mai : ganglion carotidien un peu augmenté de volume. Dans la région sous-maxillaire du côté droit, étaient apparus quelques ganglions mobiles. A la palpation, le larynx n'est pas augmenté de volume ; on le déplace facilement, la pression ne provoque aucune douleur au-dessus du cricoïde. L'enrouement est toujours complet, la respiration se fait facilement sans cornage. L'état général est très bon.

Le malade, jusqu'à ce jour, a refusé toute intervention.

Nouvel examen au 1^{er} octobre. Le malade a du tirage, du cornage.

A l'examen laryngoscopique, la glotte est obstruée par une infiltration des cordes vocales et des régions voisines. Paquet ganglionnaire énorme du côté droit, côté correspondant à la lésion sous-glottique. Le malade est trachéotomisé par M. le Dr Cochez, le lendemain.

Décès au bout de deux jours.

Autopsie. — La région sus-glottique du côté droit est infiltrée par une masse dure néoplasique. La région sus-glottique du côté gauche est normale. Du côté droit, la corde vocale a disparu, elle est détruite. Elle est remplacée par une ulcération profonde très étendue de 2^{cm},3 dans le sens antéro-postérieur, de 1 centimètre dans le sens vertical.

En somme, toute la partie droite du larynx a été envahie par l'infiltration néoplasique, dont le point de départ était la région sous-glottique droite.

OBSERVATION II. — Femme de 74 ans soignée il y a un an pour lésion du pharynx, à l'iodure de potassium. État actuel : voix enrouée, gêne de la respiration. — La nuit, crises de suffocation. Examen du pharynx : Encoche sur la partie gauche de la luette, qui paraît être la trace d'une ulcération guérie.

Rien sur l'épiglotte, qui est normale.

On voit une tuméfaction qui siège sur l'aryténoïde du côté droit

qui s'étend à la corde vocale supérieure, rétrécit la glotte et immobilise la corde vocale droite. Petite ulcération sur la corde vocale, opposée, qui est mobile.

Pas d'engorgement ganglionnaire.

Le larynx est mobile sur les plans sous-jacents.

La malade s'oppose à une biopsie ; quinze jours plus tard, elle entre pour des accidents de suffocation, salle Andral, dans le service de M. Ardin Deltheil.

A ce moment, on ne sent toujours aucun engorgement ganglionnaire.

Mort par suffocation brusque le surlendemain.

Autopsie. — Masse volumineuse occupant la glotte et obstruant le larynx. Épithélioma.

OBSERVATION III. — Homme 56 ans, bronchite il y a un an ayant duré trois semaines ; guérie incomplètement, soigné salle Broussais (n° 9) l'enrouement aurait commencé à cette époque-là.

État actuel. — Face antérieure de l'aryténoïde ulcérée, ulcération s'étendant à la bande ventriculaire du même côté, probablement à la corde vocale ; immobilisation de la corde vocale droite.

Corde vocale gauche normale ainsi que le côté correspondant du larynx, pas de traces d'engorgement ganglionnaire cervical.

Dans la région sous-maxillaire droite, petit ganglion de la grosseur d'une petite noisette et mobile.

Signes fonctionnels. — Enrouement complet ; pas de dysphagie.

Diagnostic histologique : épithélioma lobulé.

OBSERVATION IV. — *Antécédents personnels.* — Il y a vingt-cinq à vingt-six ans, le malade eut un chancre à la verge, chancre syphilitique. Il prit des pilules de protoiodure de mercure et brûla son chancre avec du nitrate d'argent.

Il ne constata pas de roséole et prétend s'être toujours bien porté. Il a eu cependant la variole.

Antécédents héréditaires. — Les parents du malade se sont toujours bien portés. La mère est encore vivante et en bonne santé.

Actuellement, le malade est en traitement à la salle Pasteur.

Sorti le 12 septembre de l'hôpital. Deux piqûres ont été faites pendant son séjour à l'hôpital.

Le lendemain de la première injection de calomel, diminution très considérable du tirage ; le deuxième jour, respiration presque normale, la voix revient.

Après la deuxième piqûre, le malade se déclare guéri. La tuméfaction a disparu.

État du larynx. — Épiglotte normale. Bande ventriculaire du côté gauche et corde vocale confondues en une tuméfaction assez considérable. Dans les mouvements de phonation, cette partie du larynx n'est pas immobilisée.

Côté droit normal. Pas de ganglions.

Après la troisième injection, diminution considérable de cette infiltration correspondant à l'amélioration des symptômes.

Sept injections sont faites, puis le traitement est interrompu.

Le 20 octobre, le malade revient dans le même état. Tirage, suffocation, infiltration de la région glottique avec *mobilité de la corde vocale*.

Injection de calomel et iodure de potassium six fois par jour. Disparition immédiate des accidents.

Examen le 25 décembre. Depuis le traitement, la région glottique est normale. Dans les inspirations moyennes, on voit la région sous-glottique apparaître avec une couleur rouge vif, au lieu de la coloration blanc rosé habituelle.

Le malade est porteur, dans la région sous-glottique, d'une sorte de diaphragme remplissant les deux tiers de la lumière de la trachée. On ne voit la lumière trachéale qu'en avant; le diaphragme a un bord semi-lunaire à concavité antérieure.

Il semble y avoir là une malformation congénitale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE.

Réunion annuelle : Bruxelles, 27 et 28 juin 1907. 8

COMPTE RENDU OFFICIEL PAR LE D^r LABARRE.

Président : M. DELMARCEL.

Séance du 27 juin à l'hôpital Saint-Jean.

Le président déclare la séance ouverte; il exprime les regrets causés à la Société par la mort d'un de ses membres d'honneur : le professeur Schrötter (de Vienne).

S'adressant ensuite aux nombreux confrères étrangers assistant à la réunion : LUBET-BARBON, MARTIN, POYET, WEISMANN, GUISEZ (de Paris), JACQUES (de Nancy), SARGNON (de Lyon), GASPARD (de Madère), CARBANEDO, (de Saint-Sébastien), il leur souhaite la bienvenue et les remercie de bien vouloir rehausser, par leur présence et leurs communications, l'éclat des séances de la Société.

I. RAPPORT DE FERNANDÈS.

FERNANDÈS. — **Les anesthésiques en otorhinolaryngologie.** — Après avoir passé en revue les anesthésiques préconisés au cours de ces dernières années dans notre spécialité, l'auteur estime que, comme anesthésique général pour les interventions de longue durée, le chloroforme mérite toujours la préférence.

Pour les petites interventions courantes, le chlorure d'éthyle, mieux encore que le bromure d'éthyle, est en état de répondre à toutes nos exigences.

Au point de vue de l'anesthésie locale, la cocaïne, malgré ses inconvénients, conserve le premier rang.

L'alpine, toutefois, en est un excellent succédané. Sa toxicité moindre et l'absence d'action vaso-motrice l'indiquent dans certaines interventions où la cocaïne ne peut être employée.

Parmi les autres anesthésiques nouveaux, aucun n'a atteint le but visé; ce qui porte l'auteur à dire que l'on est souvent forcé de revenir en arrière et que, malgré les nombreux travaux, les progrès de notre science ne se font que lentement au prix d'un effort colossal d'un grand nombre de chercheurs.

Discussion.

CHEVAL (de Bruxelles) fait des observations de détails relativement à la forme du travail présenté par M. Fernandès. A son avis, il aurait pu synthétiser mieux le côté pratique des différents anesthésiques employés en oto-laryngologie.

BROECKAERT (de Gand) aurait voulu voir l'auteur s'étendre moins sur les propriétés générales et sur le mode d'administration du chloroforme et parler davantage des anesthésiques, qui ont un rapport plus direct avec la spécialité.

C'est ainsi qu'il ne nous dit guère que quelques mots du *chlorotone* employé couramment, à la clinique de Luby-Barbon, dans certaines affections douloureuses de la gorge.

Il ne parle pas non plus de l'anesthésie de l'oreille par la cocaïnisation des nerfs de la région.

Il aurait été intéressant également de mettre au point les résultats obtenus par la narcose *morphine-scopolamine*.

Brœckaert ne partage pas l'avis du rapporteur quand il dit qu'il n'existe aucune contre-intoxication formelle à la narcose chloroformique. Il est des cas où l'éthérisation s'impose : affection du cœur, ouverture de certains phlegmons profonds du cou, goitre suffocant, etc.

Pour ce qui concerne la narcose par le bromure d'éthyle, Brœckaert attache une importance toute particulière au mode d'administration de ce narcotique.

Depuis longtemps, il a remplacé la méthode suffocante par l'administration goutte à goutte en faisant compter à haute voix, si l'âge de l'opéré le permet. Il a constaté deux contre-indications à l'emploi du bromure d'éthyle chez les enfants : c'est d'abord la coqueluche, car des spasmes graves peuvent survenir au cours de l'anesthésie; c'est ensuite la prédisposition des enfants aux convulsions.

JAUQUET (de Bruxelles) confirme, au sujet du bromure d'éthyle, les conclusions qu'il a émises il y a onze ans déjà : administration d'air saturé de vapeurs de bromure d'éthyle pendant vingt secondes à partir de la première inspiration.

LUBET-BARBON (de Paris) administre du bromure d'éthyle depuis 1890. Il n'a jamais constaté qu'un accident mortel dans des circonstances particulières : enfant relevant de grippe ; dans de mauvaises conditions d'état général, l'enfant est mort, l'opération étant terminée.

Lubet-Barbon estime qu'il n'est pas possible de fixer, d'une façon absolue, la durée de l'anesthésie ni la quantité d'anesthésique qu'il faut employer. Cela est variable et suivant la nature du malade, et suivant la durée probable de l'opération.

Il faut en donner assez, et voilà tout.

SCHEPENS (de Roulers) pense également qu'il est impossible de chronométrer la durée de la narcose par le bromure d'éthyle.

II. — PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES OU ANATOMO-PATHOLOGIQUES.

HENNEBERT (de Bruxelles). — **Angiosarcome de la fosse pyramiforme.** — Ils'agit d'une tumeur maligne paralaryngée qui s'était développée chez un homme de 54 ans ; cette tumeur, qui n'occasionnait qu'une légère sensation de gêne, occupait la moitié antérieure de la fosse pyramiforme droite ; sa surface était framboisée, à incisions profondes et multiples ; les parties superficielles en étaient translucides. Sa surface d'implantation était large, mais elle ne contractait aucune adhérence avec la paroi pharyngée ni avec le repli aryéno-épiglottique.

L'analyse microscopique, faite par le Dr Trétop, démontre que cette tumeur devait être rangée dans le groupe des « angiosarcomes ».

La récurrence fut rapide ; deux mois plus tard, nouvelle ablation, suivie de cautérisations galvano-caustiques.

Deux mois et demi après, toute la fosse pyramiforme était occupée par le néoplasme qui recouvrait l'aryénoïde droit et cachait une partie de la lumière du larynx.

L'opération consista, après trachéotomie préalable avec tamponnement du larynx au-dessus de la canule, en une pharyngotomie latérale.

Le malade mourut dix jours plus tard, par insuffisance cardiaque.

LENOIR (de Bruxelles) présente :

1° **Un corps étranger du masséter.** — Il s'agit d'un bout de parapluie retrouvé dans le masséter après un séjour de dix-huit mois. Entré par la fosse temporale, le parapluie s'était brisé sur l'arcade zygomatique.

2° **Une tumeur propre d'une végétation adénoïde.** — Pièce provenant d'une adulte, montrant une tumeur arrondie lisse insérée sur une végétation. La nature n'en est pas indiquée.

3° **Un polype volumineux de l'oreille.**

HIGGUET (de Bruxelles). — **Deux fibromes naso-pharyngiens.** — L'un provenait d'un jeune homme de 16 ans; il fut traité sans succès par la méthode électrolytique; l'autre d'un enfant de 10 ans. Ces deux tumeurs furent enlevées par les voies naturelles à l'aide de la rugine et de la pince de Doyen. L'analyse microscopique confirma la nature de ces deux néoplasmes.

A l'occasion de la communication de Higguet, ROUSSEAU présente un polype naso-pharyngien très volumineux, qu'il a également enlevé par les voies naturelles.

III. — PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

JAUQUET (de Bruxelles) **démontre une trousse d'examen portative** contenant un accumulateur minuscule protégé par une gaine en celluloïd. A côté de lui, se trouve un photophore frontal simple de Kastein avec lampe à filament métallique. Un miroir de secours est également compris dans la trousse. Enfin deux boîtes aseptiques dont une destinée à recueillir les instruments utilisés et l'autre renfermant un nombreux choix d'instruments d'investigations en usage dans la pratique courante.

RAOULT (de Nancy). — **Appareil d'éclairage et accumulateur « Lilliput » pour oto-rhino-laryngologie.** — L'auteur empêché d'assister à la réunion a prié DELSAUX de présenter l'appareil à ses collègues.

C'est un accumulateur d'une force électromotrice de 2 volts et de 5 ampères-heures de capacité, pouvant aisément se mettre dans la poche du gilet.

Un photophore de dimensions très réduites, avec lampe à filament métallique, permet un éclairage très suffisant pour l'examen des malades à domicile.

L'accumulateur se recharge soit au moyen de piles au sulfate de cuivre, soit à l'aide du courant urbain; mais dans ce cas il faut avoir soin de ne pas dépasser $1/8$ d'ampère.

TRÉTRÔP (d'Anvers). — **Porte-instrument aseptique.** — Statif à cavités cylindriques pour recevoir le manche des instruments, qui ne souillent plus ainsi la table d'examen.

TRÉTRÔP. — **Éclairage électrique simplifié pour l'examen à domicile.** — L'auteur adapte à des photophores frontaux extra-légers les lampes minuscules dites de poche de 3 volts, et il les actionne par leur batterie. D'une extrême légèreté et d'une simplicité idéale, ce photophore permet de bien faire un examen à domicile.

Séance du dimanche 28 juin à l'hôpital Saint-Jean.

(Service du Dr DELSAUX.)

IV. — PRÉSENTATION DE MALADES.

ROLAND (de Bruxelles). — **Sinusite maxillaire et syphilis.** — L'auteur présente une femme âgée de 38 ans chez laquelle il pratiqua successivement l'opération de Luc-Caldwell et celle de Killian pour une sinusite fronto-maxillaire gauche.

Le résultat de ces deux interventions ne fut pas suffisant pour tarir le processus suppuratif. Soupçonnant dès lors que la syphilis pouvait entrer en ligne de cause, l'auteur soumit sa malade à un traitement antisypilitique et l'opéra à nouveau quelque temps après. La guérison, cette fois, fut définitive et la déformation très peu appréciable, malgré les opérations répétées auxquelles elle fut soumise.

DELSAUX (de Bruxelles). — **Cinq cas de tumeurs malignes des cavités annexes du nez.** — Les cas de l'espèce, sans constituer une rareté, ne sont cependant pas des plus fréquents. L'auteur en rapporte 3 observations.

Il s'agissait de sarcomes ou d'épithéliomas, qui, tous, récidivèrent plus ou moins rapidement et se terminèrent par la mort en douze à dix-huit mois.

Quant à l'intervention, elle fut toujours menée par voie externe, aussi largement et aussi complètement que possible. Dans un cas, Delsaux fit la résection totale du maxillaire supérieur.

En présence du résultat décevant de ces opérations, l'auteur se demande s'il faut, en règle générale, opérer et à quel procédé on doit avoir recours. Il se déclare partisan de la résection complète et hâtive du maxillaire supérieur avec extension, au besoin, aux autres sinus, les opérations endosinuses étant forcément incomplètes.

Delsaux insiste sur la nécessité d'enlever les chaînes et ganglions lymphatiques quand ils sont envahis; il faut remarquer que la chose possible pour les ganglions externes du cou est actuellement impraticable pour les ganglions pharyngés.

JACQUES (de Nancy) a exprimé, l'an dernier, à la Société française, une opinion sensiblement différente de celle émise par M. Delsaux. Il avoue n'être pas encore convaincu de la nécessité de sacrifier la totalité du maxillaire supérieur dans tous les cas de tumeur maligne de l'antre d'Highmore, de supprimer par exemple le plancher de l'orbite dans le cas de tumeur limitée à la gouttière alvéolaire du sinus. La récurrence, en pareil cas, si elle doit se produire, se fera dans la joue, le voile du palais, la paroi pharyngienne, les ganglions, bref dans les tissus en continuité avec le foyer de dégénérescence et non dans une paroi opposée.

DELSAUX (de Bruxelles). — **Quelques cas de polysinusites de la face opérée de cure radicale.** — Depuis trois ans et demi environ, l'auteur a opéré 10 malades pour polysinusites de la face. En général, c'étaient des affections chroniques atteignant soit les sinus frontaux ethmoïdaux et maxillaires, soit en même temps le sinus sphénoïdal.

Trois de ces malades présentaient de la suppuration chronique bilatérale des sinus frontaux et maxillaires avec participation de l'éthmoïde. Dans 4 cas, le sphénoïde était intéressé, mais d'un seul côté.

De l'ensemble de ces observations découlent quelques remarques que l'auteur croit utile de soumettre à ses collègues en même temps qu'il leur présente les malades.

Trois d'entre eux ne sont pas complètement guéris; une fronto-ethmoïdale et maxillaire droite a récidivé dans le frontal après

l'accouchement. Chez cette malade, l'ethmoïde avait été enlevé dans sa partie antérieure seulement.

Un opéré de pansinusite bilatérale a récidivé au frontal gauche ; l'os propre du nez avait été conservé d'un côté pour éviter la déformation du squelette nasal.

Enfin un des malades n'a été opéré de fronto-ethmoïdite que d'un seul côté pour des raisons extramédicales.

Quant au procédé à suivre, c'est en général celui décrit par Moure pour enlever les tumeurs malignes de l'ethmoïde, légèrement modifié. Mais il n'est pas possible de se tenir à un procédé déterminé ; il faut employer celui qui convient au cas que l'on a devant soi.

Pour les polysinusites bilatérales, il serait dangereux d'enlever complètement les os propres et les apophyses montantes des maxillaires. Deux fois l'auteur a cureté le sinus frontal gauche par le sinus droit et a pu enlever, par cette voie, l'ethmoïde antérieur.

Deux fois il a mis en œuvre le procédé de Kuhnt.

Il n'y a aucun inconvénient à opérer tous les sinus en une fois, si l'on est bien au courant de la technique.

L'auteur ne croit pas nécessaire de revenir à nouveau sur le point qui a fait l'objet d'une communication antérieure.

Discussion.

BRËCKAERT laisse systématiquement en place le cornet inférieur et la moitié postérieure de la cloison intersinuso-maxillo-nasale.

Quant au procédé à employer, il dépend de la disposition anatomique du sinus et de l'étendue des lésions, car nos méthodes d'investigation les plus perfectionnées ne nous renseignent pas exactement sur ces points.

Il ouvre le sinus frontal par sa paroi inférieure, l'explore et décide du mode et de l'étendue de l'intervention. Toujours il enlève les cellules ethmoïdales antérieures.

Brëckaert ne peut se rallier à l'opinion de Moure que l'opération d'Ogston-Luc est la méthode de choix dans la cure de la sinusite frontale ; il emploie tantôt le procédé de Jacques, tantôt celui de Killian, d'autres fois celui des auteurs précités. Dans les grands sinus, il laisse des ponts osseux de soutien et n'a pas encore observé d'enfoncement disgracieux.

DELSAUX croit avoir répondu par avance aux observations de

Brœckaert puisqu'il emploie, comme lui, le procédé capable de guérir le malade et non celui de MM. X, Y ou Z. Il partage l'opinion de Brœckaert quant au bénéfice qu'il y a à réséquer l'ethmoïde antérieur presque toujours intéressé.

DELSAUX (de Bruxelles). — **Malade laryngostomisé pour rétrécissement cicatriciel sous-glottique, canulard depuis plus de deux ans, actuellement guéri.** — Il s'agit d'un homme de 22 ans qui se fit une plaie transversale du cou comprenant la trachée. Celle-ci fut suturée. Au bout de quelque temps, il se produisit une sténose sous-glottique avec immobilisation de la corde vocale gauche, puis de la droite. Bref, il fallut faire la trachéotomie et laisser une canule à demeure.

Une laryngo-fissure avec dilatation forcée du tissu cicatriciel et placement d'une canule dilatatrice ne donna aucun résultat, pas plus que la dilatation interne patiemment continuée pendant plus d'un an. Laryngostomie classique le 1^{er} novembre 1907. Dilatation caoutchoutée progressive après incision du tissu cicatriciel.

Au bout de trois mois et demi, plastique de la trachée à l'aide de deux plans cutanés accolés par leur surface cruentée.

Résultat parfait. Voix encore enrouée, mais tendance de la corde vocale gauche à se régénérer. Au laryngoscope, plus de sténose visible.

BECO (de Liège). — **Laryngo-trachéotomie et papillomes laryngo-trachéaux.** — Beco n'a appliqué la stomie qu'à trois cas de papillomes *récidivants* chez des enfants. Le premier malade portait, en outre, une cicatrice, de sorte que la méthode de la dilatation caoutchoutée a été classiquement suivie. Au contraire, dans le second cas, le drain a été supprimé le treizième jour et, dans le troisième cas, le quatrième jour. Il s'efforce même d'enlever très tôt la canule (après deux à trois semaines), afin de supprimer le plus tôt possible tout corps étranger toujours irritant et susceptible d'entretenir le processus papillomateux.

Le premier malade, âgé de 10 ans, opéré le 3 novembre 1907, n'a plus montré de récurrence depuis quatre mois; il porte un simple sparadrap sur la stomie. Le deuxième, âgé de 14 ans, a été opéré le 2 mai 1908; il a refait un seul papillome trachéal au bout de six semaines, mais il a repris son travail un mois après l'opération, protégé par un pansement à plat d'abord, puis par un simple emplâtre occlusif.

Le troisième malade, âgé de 4 ans, qui avait des papillomes

laryngiens absolument diffus et déjà en récive, diffuse également. Grâce à la stomie, il sera traité localement par divers topiques combinés à la médication générale.

Beco pense que les papillomes en général et ceux du larynx en particulier ont des allures très variables quant à leur tendance à récidiver et à se propager.

Il a toujours cherché à combiner l'éradication complète à la cauterisation galvanique ou chimique des points d'implantation.

La *laryngo-trachéoscopie directe* paraît être actuellement la méthode idéale, mais elle semble pourtant devoir échouer assez souvent.

La *trachéotomie basse* ne lui a donné aucun résultat, malgré les succès qu'on lui a attribués.

La *stomie* est, pour lui, la méthode d'avenir dans les cas rebelles aux autres procédés, parce qu'elle permet la surveillance et le traitement prolongés.

Enfin, dans les cas où l'on employait antérieurement la trachéotomie, il propose de *substituer systématiquement à la canule à demeure la stomie prolongée ou définitive*, parce que celle-ci est mieux supportée et quelle exige moins de soins d'entretien sans avoir plus d'inconvénients. L'avenir décidera.

Il présente ses trois opérés et demande l'avis de ses collègues, notamment sur l'opportunité de l'occlusion de la stomie chez les papillomateux et sur le choix du traitement général et local à opposer au processus.

JAUQUET (de Bruxelles). — Laryngostomie pour rétrécissement cicatriciel complet du larynx chez un enfant de 5 ans et demi.
— Enfant de 6 ans opéré en octobre 1907 de laryngostomie.

Le malade avait été tubé et trachéotomisé dans sa première enfance pour spasme d'origine mal définie. Il a subi dans la suite plusieurs traitements, mais n'a jamais pu être décanulé.

A l'examen, amas de tissus cicatriciel inséré sur le cricoïde et les premiers anneaux de la trachée. Au-dessus et en dessous, fistule donnant passage aux branches d'une canule double placée il y a deux ans par le professeur Chiari (de Vienne), après dilatation forcée.

Depuis peu, gêne respiratoire progressive par prolifération du tissu fibreux. Cordes vocales et trachée inférieure libres. Laryngostomisé le 21 octobre dernier.

Suites extrêmement bénignes. Fonte rapide du rétrécissement. Suppression précoce de la canule métallique et remplacement de

celle-ci par une canule en T épousant exactement la forme de la fistule. Actuellement plus de trace de rétrécissement ; pansements supprimés complètement le 23 mars et fistule fermée par bandelette de sparadrap. L'enfant, qui n'avait jamais parlé à haute voix jusqu'alors, fait l'éducation de ses cordes vocales ; la voix est maintenant bien nette, bien qu'encore laborieusement émise.

L'auteur a suivi la technique indiquée par Sargnon et Barlatier en y apportant quelques variations dans le mode de pansements.

LABARRE (de Bruxelles). — **Un cas de laryngostomie en cours de pansements pour oblitération absolue laryngo-trachéale.** — Enfant âgé de 5 ans, laryngostomisé en janvier 1908 par le Dr Cheval pour une sténose fibreuse complète du larynx et de la partie supérieure de la trachée, consécutive à la diphtérie. Ce petit malade avait déjà subi antérieurement une laryngofissure, mais cette intervention n'avait donné aucun résultat.

Actuellement, la dilatation est parfaite et, malgré la gravité du cas, on peut espérer que l'enfant pourra, dans un avenir prochain, être débarrassé de sa canule.

L'opération fut relativement facile. Grâce à l'introduction d'une sonde dans l'œsophage par les fosses nasales, le Dr Cheval put repérer facilement la paroi œsophagienne et disséquer sans préjudice pour celle-ci les tissus qui y adhéraient.

Les pansements surtout, comme le font observer Sargnon et Barlatier, exigent une grande minutie. La technique peut subir des variations ; c'est ainsi que, dans le cas présent, l'auteur a substitué aux bandelettes vaselinées destinées à exercer une certaine compression sur le drain dilateur l'usage d'un second drain recourbé en V et agissant sur le premier à la façon d'un ressort. Grâce à cette modification, la dilatation a fait des progrès très rapides et a permis de gagner un temps précieux.

Labarre insiste encore sur la nécessité de fixer, à l'aide d'un fil de soie, l'extrémité inférieure du drain afin d'empêcher le chevauchement de celui-ci sur le dos de la canule. Un fil de sûreté, placé à l'extrémité supérieure, maintiendra en place la compression servant de bourrage au tube dilateur.

Discussion.

Une discussion très intéressante s'engage au sujet des dix cas de laryngostomie qui viennent d'être présentés.

SARGNON (de Lyon) remercie ses collègues belges de lui avoir montré un aussi grand nombre d'opérés.

Les cas présentés se groupent en deux catégories : les cas cicatriciels, les cas de papillomes.

1° *Cas cicatriciels*. — Le cas de Delsaux est parfaitement guéri au point de vue respiratoire. La plastique est parfaite. La voix est rauque naturellement, mais s'améliorera par le temps.

Le cas de M. Jauquet va très bien. La muqueuse est un peu sèche, comme dans tous les cas de laryngostomie. Il y aura lieu de pratiquer plus tard la plastique, mais en laissant un orifice de sûreté dans le bas.

Le cas de Cheval et Labarre est très complexe par suite de l'étendue de la lésion. Il faudra encore un certain temps pour combattre l'éperon cicatriciel, et peut-être y aurait-il lieu de le réséquer à nouveau ; toutefois le résultat obtenu est très encourageant.

2° *Cas de papillomes*. — Les malades présentés par Beco sont très intéressants. La guérison est parfaite chez ses deux premiers malades ; quant au troisième, qui présente des papillomes diffus des cordes vocales et de la paroi postérieure de la trachée, il serait peut-être utile de les cautériser (nitrate d'argent, chlorure de zinc, acide lactique).

L'examen de ces malades permet d'affirmer que la laryngostomie est le traitement de choix des papillomes récidivant.

L'auteur partage l'avis de Beco lorsqu'il conseille de remplacer, dans certains cas chroniques, la *trachéotomie* par la *stomie*, le port prolongé de la canule présentant en effet de grands inconvénients (bronchite, irritations trachéales, réflexes parfois même mortels). Dans quelques cas, il remplace la canule métallique par une canule en caoutchouc largement fenêtrée ; c'est en somme une solution intermédiaire entre la stomie et le port de la canule métallique.

GAUDIER (de Lille) se demande s'il ne serait pas intéressant, chez le malade de Cheval et Labarre, de faire, après résection de la cicatrice, l'application d'une greffe à long pédicule.

Quant au traitement des papillomes du larynx, il est réellement décevant ; il estime également que, dans les cas de récidives, la laryngostomie est la méthode idéale, la trachéotomie étant d'une insuffisance notoire.

DELSAUX (de Bruxelles) appuie la façon de voir de Gaudier relativement à l'inutilité de la trachéotomie au point de vue de la récurrence des papillomes. Il rappelle le cas d'une jeune fille, âgée de 16 ans, trachéotomisée depuis l'âge de 7 ans et portant des papil-

lomes en choux-fleurs depuis la bifurcation des bronches jusques et y compris l'amygdale linguale.

GUISEZ (de Paris) a eu l'occasion de soigner plusieurs cas de papillomes multiples du larynx et de la trachée. Il a pu guérir ses malades par l'endoscopie et la trachéoscopie directe avec trachéotomie préalable. Il insiste sur l'avantage qu'il y a à ne pas faire d'opération externe importante, et, de plus, il considère la dilatation caoutchoutée comme irritante; or, le traitement des papillomes exige avant tout d'éviter toute cause d'irritation.

BAYER (de Bruxelles) est d'avis, comme la plupart des laryngologistes allemands, qu'il faut éviter dans le traitement post-opératoire des papillomes l'usage des cautérisations. L'expérience démontre que la transformation épithéliomateuse est beaucoup plus fréquente après celles-ci.

SCHIFFERS (de Liège) pense qu'il faut distinguer deux espèces de papillomes et qu'il y aurait peut-être moyen, en se basant sur les caractères histologiques, de les différencier et d'établir ainsi des données importantes au point de vue du pronostic et éventuellement de la récurrence.

Il est probable que le terrain joue un grand rôle dans la repululation des papillomes, c'est-à-dire que, lorsque la muqueuse est enflammée, ceux-ci récidivent beaucoup plus vite. Schiffers est d'avis également qu'il faut irriter le moins possible l'organe par l'introduction répétée d'instruments dans la cavité laryngienne.

Jauquet (de Bruxelles) estime que la laryngostomie est une opération excellente; il pense qu'il faut user le plus possible de tissus fibreux afin de hâter la guérison. Il est partisan également de supprimer très tôt la canule métallique. Dans ce but, il a fait construire une canule en caoutchouc, en forme de T, dont le tube antérieur épouse exactement la forme de la fistule laryngo-trachéale, de façon à contenir la dilatation.

Comme adjuvant du traitement du papillome du larynx, il préconise les insufflateurs de parties égales de poudre de sabine et d'alun cristallisé. Ce mélange médicamenteux semble être assez efficace.

CHEVAL (de Bruxelles). — **Un cas de méningite consécutive à la blessure des méninges, du cerveau et du ventricule latéral gauche par un corps étranger ayant pénétré par l'oreille. Guérison depuis un an.** — Ce petit malade a déjà fait l'objet d'une communication; lors de la dernière réunion, il était alors en cours de pansement. L'auteur rappelle pour mémoire que la

blesure avait été déterminée par une baleine de parapluie qui avait pénétré par le conduit auditif externe, avait traversé le cerveau et s'était enfoncée jusque dans le ventricule latéral. Une méningite se déclara. L'examen du liquide céphalo-rachidien fut positif. Cheval pratiqua la trépanation et établit un drainage jusque dans le ventricule. Comme on peut le constater aujourd'hui, la guérison de cet enfant est parfaite.

COLLET (de Bruxelles). — **Deux cas de laryngite végétante.** — Il s'agit, dans le premier cas, d'un homme de 43 ans qui présentait, depuis dix mois, de la raucité de la voix. L'état général était mauvais; il y avait de la rudesse respiratoire et de la diminution de sonorité aux deux sommets; le malade avait été traité antérieurement pour tuberculose pulmonaire. Au laryngoscope, on constate que les cordes vocales étaient écartées à la partie antérieure par une petite tumeur rosée de la grosseur d'une noisette et non ulcérée. Elle fut enlevée à l'aide du serre-nœud galvanique. Le soulagement produit sur le malade fut immédiat; la voix redevint claire, et l'état général s'améliora de jour en jour.

L'examen histologique démontra nettement qu'il s'agissait d'un polype muqueux.

Collet montre ensuite un homme de 48 ans qui était aphone depuis six semaines au moment de l'examen. État général plutôt satisfaisant. Le laryngoscope montra une tumeur globuleuse enserrée à l'angle des cordes vocales et s'étendant surtout à gauche. Comme pour le malade précédent, la tumeur était du volume d'une petite noisette et fut enlevée à l'anse chaude. La réaction inflammatoire fut très intense et, actuellement encore, il persiste du gonflement et une certaine gêne respiratoire; le malade reste aphone, la corde vocale gauche est parésiée. L'état général du malade est beaucoup moins satisfaisant qu'avant l'intervention. L'auteur croit à de la tuberculose, quoique l'examen histologique ne montre que du polype muqueux typique.

Discussion.

DELSAUX fait observer que les auteurs diffèrent d'opinion au sujet de la laryngite végétante d'origine tuberculeuse. Suivant que l'affection est primitive ou secondaire, l'évolution aussi bien que la nature même de l'affection présentent des dissemblances notables.

Déjà Störq et Heryng d'une part, Schrötter, Mackenzie, Gougenheim, avaient reconnu, après des débats scientifiques nombreux, qu'il existe une forme végétante née sur place, primitive donc, sans lésions locales spécifiques, occupant de préférence l'angle antérieur des cordes : c'est à elle que l'on doit rattacher les cas présentés par M. Collet ; à côté d'elle, il y a une forme de tuberculose pseudo-polypeuse greffée sur un ulcère tuberculeux. Ce n'est, en somme, que l'évolution d'un processus réparateur excessif. Ces pseudo-polypes se localisent volontiers dans la continuité des cordes ou dans l'espace interaryténoïdien.

Les coupes histologiques de la première variété révèlent du tissu de granulation ; celles de la seconde font voir des cellules géantes, des granulations fines, parfois des bacilles de Koch, témoins irrécusables de l'affection qui leur a donné naissance.

Il résulte de ces faits que l'examen histologique *seul* ne peut trancher la question ; il faut s'entourer des données cliniques et user de tous les moyens d'investigation dont nous disposons, notamment de la radioscopie des poumons, qui est un puissant auxiliaire de diagnostic.

PINCHART (de Bruxelles). — **De l'action de la fibrolysine en applications locales dans le traitement de certaines affections auriculaires et d'un cas de sténose œsophagienne cicatricielle.** — Après avoir rappelé en quelques mots les résultats obtenus par l'emploi de la thiosinonine en chirurgie générale et en oto-laryngologie, Pinchart présente quelques malades traités par des applications locales de fibrolysine et où les résultats obtenus sont très satisfaisants. Dans un cas de sténoses cicatricielles multiples de l'œsophage, dues à l'ingurgitation d'un mélange d'ammoniaque et de teinture d'iode, où l'imperméabilité de l'organe avait nécessité une gastrotomie, les applications de fibrolysine portées localement à l'aide de l'œsophagoscope de Killian et suivies de la dilatation méthodique amenèrent en moins d'un mois une perméabilité suffisante pour permettre au malade de s'alimenter uniquement par la bouche.

COLLET (de Bruxelles). — **Malade opéré d'évidement pétro-mas-toldien avec large trépanation pour ostéomyélite du temporal consécutive à un curettage de l'ethmoïde.** — Cette malade s'était présentée à la clinique de l'hôpital Saint-Jean avec symptômes de sinusite et d'ethmoïdite très manifestes. L'auteur pratiqua le lavage des sinus, et l'amélioration fut très rapide. Malheu-

reusement, quelques jours plus tard, une otite bilatérale se déclara et, malgré une double paracentèse du tympan droit, la mastoïde s'entreprit, et une trépanation large du rocher dut être pratiquée. Cette intervention ne fut pas suffisante, et il fallut réintervenir à deux reprises différentes pour mettre un terme à l'infection osseuse. Une plastique compléta la guérison aujourd'hui parfaite de cette malade.

SCHEPENS (de Roulers). — **Malade guéri de gangrène de la mâchoire supérieure.** — Il s'agit d'un cas de gangrène de la mâchoire supérieure et de la joue droite ayant nécessité la résection partielle du maxillaire supérieur. L'auteur émet quelques réflexions intéressantes sur la nature de ce cas.

LENOIR (de Bruxelles). — **Un cas d'hypertrophie congénitale du lobule du nez.** — Enfant de 4 ans présentant le lobule du nez renflé en forme de massue par une tumeur arrondie, molle, colorée. Il s'agit vraisemblablement d'un lymphangiome.

COOSEMANS (de Bruxelles). — **a. Large évidemment pétro-mastoïdien chez une petite fille de 17 mois.** — Enfant atteinte depuis l'âge d'un mois d'otite purulente gauche. Par la suite, l'écoulement devint fétide et, au moment de l'examen, il y avait une paralysie faciale complète du côté correspondant.

L'auteur fit l'opération radicale et enleva une grande quantité de séquestre. La guérison fut rapide.

b. Abscess extradural à marche suraiguë. — Cette observation se rapporte à un enfant de 13 ans, que l'auteur trépana le sixième jour après le début de l'infection et chez lequel il trouva une vaste collection purulente extradurale. Il n'y avait jamais eu dans ce cas de phénomènes inflammatoires proprement dits du côté de l'oreille; l'audition était restée parfaite. Coosemans insista sur la marche suraiguë de l'affection et sur la rapidité de la formation du phlegmon, de même que sur l'absence de phénomènes auriculaires concomitants.

c. Asthme bronchique déterminé par ethmoïdite double. Opération. Guérison. — Malade âgé de 34 ans souffrant d'asthme bronchique soumis depuis de longues années et chez lequel l'examen du nez permit d'établir l'existence d'une ethmoïdite

double. L'auteur pratiqua d'abord l'ablation des masses polypoïdes issues de la muqueuse du cornet et remplissant le méat moyen. Le soulagement fut très grand, mais ne persista pas par suite de la reproduction des fongosités. Il pratiqua alors l'ethmoïdectomie et le curettage des cellules ethmoidales. Depuis lors, la guérison est complète et dure depuis des mois.

HIGUET (de Bruxelles). — **Goitre et ozène.** — L'auteur a pratiqué dernièrement l'extirpation d'un goitre chez une personne atteinte d'un fort ozène. Il a été très surpris de constater que, depuis son intervention, les sécrétions nasales ont fortement diminué et se demande s'il y a là un rapport de cause à effet.

MALOENS (de Bruxelles). — **Kyste volumineux et phlegmon du ligament ary-épiglottique gauche. Pharyngotomie sous-hyoïdienne. Guérison.** — Les recherches bibliographiques montrent le peu de fréquence des tumeurs du repli ary-épiglottique. Parmi ces tumeurs, les plus fréquentes sont les kystes, et cependant l'auteur n'a pu en recueillir que 17 observations publiées par Moure, Krakauer, Ulrich, Garch, Kriey, Clifford-Beale, Purseigle et Labarre.

Dans le cas présent, il s'agit d'un homme de 52 ans qui se présenta à la consultation du Dr Cheval pour une aphonie très marquée et une gêne de la respiration très accentuée. A l'examen, on constate l'existence d'un kyste, de la grosseur d'un gros marron, logé dans le repli ary-épiglottique gauche. Malgré l'imminence d'une trachéotomie, le malade refusa son admission à l'hôpital. Mais, dans la nuit, il fut pris de suffocation, et la trachéotomie s'imposa. Lorsqu'il revint dans le service, la tumeur ne s'était guère modifiée. Elle fut ponctionnée au galvanocautère. Il s'en écoula un liquide brun, filant et épais. La collection se reforma dans la suite, devint purulente, et son extirpation nécessita la pharyngotomie. La guérison fut parfaite.

ROUSSEAU (de Bruxelles). — **Ostéomyélite du temporal droit.** — Malade atteint depuis quelque temps de surdité progressive à droite et de névralgies du même côté. Fièvre, insomnie. A l'examen : oblitération du conduit par dépression de la paroi postérieure, empatement étendu de la région mastoïdienne. L'opération démontra l'existence d'un foyer d'ostéomyélite très étendu situé très en arrière sur le rocher. Curettage. Guérison.

V. — RAPPORT DE FALLAS.

FALLAS. — De l'examen du sang dans les complications endocraniennes des otites et sinusites de la face. — L'examen du sang au cours des otites et des sinusites de la face ou de leurs complications pourra nous fournir des renseignements précieux en nous révélant certains états particuliers capables de nous mettre sur la voie du diagnostic ou de faire varier le pronostic.

Le *sérum sanguin* peut présenter des aspects très variés suivant qu'il est normal ou renferme des éléments étrangers. Il faut, en outre, des propriétés biologiques. Bordet et Gengou les ont utilisées dans leur « réaction de fixation » ; Widal en a tiré le séro-diagnostic. Ces deux réactions ont une importance particulière, puisqu'elles nous permettent de révéler soit une fièvre typhoïde, soit une tuberculose aiguë concomitante à une otite et qui pourraient être confondues avec une complication endocranienne de cette affection.

Les *globules rouges* peuvent, à l'état pathologique, prendre les formes les plus variées et même renfermer à leur intérieur des granulations qui se comportent différemment vis-à-vis des colorants. Pour beaucoup d'auteurs, le taux de l'hémoglobine, au cours d'une infection, est en rapport avec le degré du mal qu'a produit celle-ci. Cependant, pas plus que la numération des globules, il ne peut servir à différencier entre elles les complications des otites et des sinusites de la face.

Les *globules blancs*, grâce à leurs propriétés phagocytaires, jouent un rôle très important vis-à-vis des agents de l'infection. Normalement, le sang renferme 7000 globules blancs par millimètre cube, parmi lesquels on note :

Petits lymphocytes.....	20 à 30 p. 100
Grands lymphocytes.....	3 à 4 —
Intermédiaires.....	2 à 3 —
Polynucléaires neutrophiles.....	65 à 75 —
— éosinophiles.....	0,5 à 5 —

A côté de ces éléments normaux, on peut rencontrer toute une série d'éléments anormaux, tels que mastzellen, plasmazellen, myélocytes, cellules d'irritation de Turck, leucocytes à granulations iodophiles, leucocytes dégénérés.

D'après les recherches de Kuttner, en chirurgie générale, on

pourrait déduire des probabilités funestes du fait que l'iodophilie croît alors que le nombre de leucocytes diminue.

Au cours des otites et des sinusites aiguës et de leurs complications, on constate un certain degré de leucocytose avec polynucléose généralement parallèle au degré d'infection; mais il est à remarquer qu'il s'agit là, avant tout, d'une réaction de défense organique individuelle, variable d'un malade à l'autre. Il faut tenir compte également, dans l'interprétation de ces données, de toute une série de faits tant physiologiques que pathologiques, qui peuvent déterminer une hyperleucocytose, tels sont : l'âge, la menstruation, la grossesse, l'accouchement, la digestion, les exercices violents, la fatigue, la stase et même l'agonie. Telles sont encore les leucocytoses traumatiques, toxiques, malignes, médicamenteuses, et surtout infectieuses, parmi lesquelles il faut ranger les leucémies.

Les leucocytoses dans une mastoïdite, dans un abcès extradural, cérébral ou cérébelleux, sont plus élevées et tellement voisines l'une de l'autre qu'il semble impossible de les différencier par ce moyen.

Un nombre très élevé de leucocytes fera plutôt penser à une thrombose sinusienne, si l'examen du liquide céphalo-rachidien est négatif, et fera plutôt songer à une méningite généralisée s'il est positif. Toutefois, le nombre des observations publiées n'est pas assez considérable, et il y a lieu de continuer les recherches sur ce point.

Les globules éosinophiles ne paraissent avoir d'importance qu'au point de vue du pronostic; leur nombre augmente dans la convalescence, mais, à ce moment, bien d'autres symptômes nous rendront compte de l'amélioration.

Quant à la *présence des microbes dans le sang*, c'est là un signe de la plus haute importance pour le diagnostic d'une septicémie ou d'une pyohémie, mais il n'est pas constant.

Et, tout en impliquant un pronostic sérieux, la présence de streptocoques dans le sang ne doit pas nécessairement être interprétée dans le sens d'un arrêt de mort.

Discussion.

CHEVAL (de Bruxelles) expose les résultats des recherches qu'il a fait pratiquer systématiquement dans son service depuis la réunion de juin 1907 sur l'examen du sang, du liquide céphalo-rachidien et du fond de l'œil chez 22 sujets différents, dont 21 furent opérés; parmi ceux-ci, 2 furent opérés bilatéralement, soit 24 cas :

Ces 24 cas se décomposent comme suit :

Cas de mastoïdite sans complication endocranienne.	16
— — — avec — — —	7
— fracture du rocher, guéri sans opération...	1
	<u>24</u>

Les 16 cas non compliqués d'affections endocraniennes se sont présentés sous forme de :

	EXAMEN DU SANG			EXAMEN du liquide céphalo- rachidien.		EXAMEN du fond de l'œil.	
	Hyper- leuco.	Hyper- polyn.	Normal.	Positif.	Normal.	Altéré.	Normal.
Mastoïdite avec carie du rocher, 8 cas dans lesquels on a.....	4	3	4	1	7	1	7
Mastoïdite aiguë, 3 cas, dans lesquels on a.....	2	1	1	1	2	1	2
Cholestéatome, 4 cas, dans lesquels on a.....	1	0	3	1	2	»	3
Bezold, 1 cas, dans lequel on a.....	»	»	1	»	1	»	1
Ces 16 cas ont donné....	7	4	9	3	12	2	13
La fracture du rocher a donné.....	1	»	»	1	»	»	1

Les 7 cas de complications endocraniennes se divisent en :

1 cas d'abcès extradural non compliqué qui a donné...	1	1	»	»	1	1	»
1 cas d'abcès extradural compliqué d'abcès péri-sinusal dans lequel.....	»	»	1	»	1	1	»
1 cas d'abcès extradural compliqué de thrombose du sinus latéral droit...	1	1	»	»	1	1	»
1 cas d'abcès péri-sinusal...	2	0	»	»	2	»	2
1 cas de thrombo-phlébite non compliquée à droite (Bezold).....	1	1	»	»	»	»	»
1 cas de thrombo-phlébite compliquée de méningite de la base et de la convexité.....	1	0	»	1	»	»	1
Ces 5 cas ont donné.....	6	3	1	1	5	3	3

L'inspection de ce tableau démontre :

1° Que l'examen du sang indique des altérations de ses éléments figurés dans tous les cas où le sinus est thrombosé ;

2° Que, conséquemment, ces altérations sont beaucoup plus fréquentes dans les cas où une complication endocranienne a été constatée ;

3° Que l'examen du sang ne peut suffire à lui seul pour fixer le diagnostic de la lésion ;

4° Que l'absence d'éléments figurés dans le liquide encéphalo-rachidien n'a pas de valeur sémiologique ;

5° Que la présence d'éléments figurés est presque constante dans les infections méningées ;

6° Que ce signe de même que l'hyperleucocytose peuvent être interprétés comme un signe de la réaction de défense de l'organisme. Il faudra toujours rechercher les déformations et les altérations des polynucléaires ;

7° Que les altérations du fond de l'œil sont plus nombreuses dans les complications endocraniennes de l'otite que dans les mastoïdites non compliquées ;

8° Que leur absence n'a pas de valeur sémiologique ;

9° Que leur constatation est importante ; elle peut être un élément de diagnostic très intéressant ;

10° Des conclusions qui précèdent, il semble résulter que des études prolongées s'imposent. Elles devraient être organisées un peu partout sur un schéma uniforme pour pouvoir en tirer des conclusions bien fermes.

Je propose de conserver cette question à l'ordre du jour de nos réunions.

DELSAUX (de Bruxelles) remercie son collègue d'avoir bien voulu démontrer d'une façon éloquente, à l'aide du tableau qu'il vient de soumettre, que, parmi les procédés de contrôle que nous avons à notre disposition, c'est encore l'examen du sang qui donne les résultats les plus positifs.

Quoique approximatives et portant surtout sur l'hyperleucocytose, les données fournies par les recherches hématologiques sont encore positives quand l'examen du fond de l'œil et celui du liquide céphalo-rachidien sont restés muets.

TRÉTRÔP (d'Anvers) appelle l'attention sur la partie bactériologique de la question. Cette recherche devrait être pratiquée sur une grande quantité de sang : 10, 15, 20 centimètres cubes, qu'il faudrait ensemençer sur un volume considérable de bouillon, de façon à permettre aux bactéries de se développer. Le fait que le sang charrie des bactéries n'implique nullement l'existence d'une septicémie. On a, en effet, constaté dans ces derniers temps que, dans beaucoup d'infections localisées dans le sang à titre temporaire, peuvent véhiculer des microbes.

LEDOUX (de Liège) voudrait savoir ce que Cheval appelle réaction méningée. Quel est le seuil de cette réaction ? Qu'appelle-t-on liquide céphalo-rachidien normal ? Qu'est-ce qu'un examen positif ?

CHEVAL (de Bruxelles). — Lorsque les polynucléaires sont altérés et existent en nombre exagéré dans le liquide céphalo-rachidien, on peut considérer que ce liquide est anormal.

FALLAS (de Bruxelles) est tout à fait d'accord avec Cheval sur l'existence de la polynucléose au cours des complications des otites et des sinusites de la face. La difficulté commence quand on veut différencier entre elles les complications. Les leucocytoses des abcès extraduraux, cérébraux et cérébelleux sont tellement voisines de celles d'une simple mastoïdite qu'il ne paraît guère possible d'établir des chiffres bien nets. Dans la thrombo-phlébite et la méningite, la leucocytose est généralement intense, mais il existe cependant des cas où elle est très modérée.

Quant à la présence des microbes dans le sang, il existe un grand nombre de cas d'infection profonde où, malgré les recherches les plus minutieuses, on n'est pas parvenu à retrouver de microbes.

D'autre part, la présence de microbes n'implique pas la nécessité d'une infection du sang. Après la région, par exemple, on peut en trouver sans que leur présence puisse être considérée comme pathologique.

VI. — RAPPORT DE BROECKAERT.

BROECKAERT. — **Les phlegmons du cou d'origine bucco-pharyngée.**

— Les phlegmons primitifs du cou trouvent généralement leur point de départ dans les vastes territoires lymphatiques de la cavité bucco-pharyngée. On les voit survenir : 1° à la suite de toutes les lésions, même insignifiantes, des téguments de la face, du nez, des paupières, des lèvres ; 2° à la suite de plaies ou d'érosions de la muqueuse de la bouche ou des voies respiratoires supérieures ; 3° à la suite de la plupart des inflammations du nez, de la cavité buccale, du pharynx, du larynx ; 4° à la suite de carie dentaire ou d'éruption de la dent de sagesse. *

C'est l'étude anatomique des ganglions du cou, avec les lymphatiques qui y aboutissent et celle des loges dans lesquelles ils sont contenus qui permettent de faire la classification la plus satisfaisante des phlegmons du cou.

C'est encore la connaissance anatomique approfondie de la région qui donne des indications précieuses sur le pronostic, le diagnostic et le mode d'intervention.

Cette partie est étudiée par l'auteur dans tous ses détails et illustrée dans son travail d'une planche qui montre la disposition générale des ganglions du cou avec le territoire lymphatique, dont ils sont tributaires.

Les phlegmons du cou sont surtout graves par les complications auxquelles ils donnent lieu. Quand le phlegmon siège dans l'espace limité par les aponévroses moyenne et prévertébrale, il n'est pas rare de voir fuser le pus le long de la gaine des vaisseaux et atteindre le médiastin. Parmi les autres accidents, il faut signaler l'œdème de la glotte, la pyohémie, la septicémie, la pénétration du pus dans les voies aériennes et digestives, l'ulcération des gros vaisseaux du cou, les thromboses et embolies, les accidents de compression.

Le traitement au début doit viser à la fois la suppression des causes prédisposantes et des causes déterminantes. Dès que la suppuration est établie, il faut ouvrir largement le foyer.

L'incision hâtive doit être pratiquée avant que le pus ait déterminé des complications, car il vaut mieux faire une incision inutile

que de retarder une intervention indispensable. Si l'abcès est devenu superficiel, on ouvrira au lieu de nécessité; dans les cas d'abcès profond, il faut arriver au foyer purulent, soit par la voie buccale — voie d'exception — soit par la voie cutanée, en adoptant tantôt l'incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, tantôt l'incision sur son bord postérieur.

VII. — COMMUNICATIONS DIVERSES.

« DELIE (d'Ypres). — **Pseudoleucémie d'origine amygdalienne.** — Enfant de 7 ans, robuste, pleine de santé, se plaignant simplement de gêne de la déglutition.

L'examen fait voir que cette gêne est due à une hypertrophie considérable des deux amygdales qui se touchent par leur face interne. Ces organes sont de *coloration blanc grisâtre*; leur tissu propre semble être le siège d'une *infiltration œdémateuse*, mais il n'y a ni sécrétions anormales ni ulcérations.

Vers l'angle de la mâchoire, il existe quelques petits ganglions à développement peu marqué, probablement en rapport avec l'hypertrophie amygdalienne.

Dans les antécédents et ascendants de l'enfant, on ne relève ni syphilis ni tuberculose.

S'agissait-il de simple hypertrophie de nature inflammatoire ou scrofuleuse? Était-ce du lymphome, du lymphadénome, du sarcome, du carcinome encéphaloïde.

Une amygdale fut enlevée et la pièce soumise à l'examen histologique. Le professeur VAN DYKE donna le résultat suivant: hyperplasie des éléments lymphoïdes avec hypertrophie du stroma. Cette sclérose du réticulum est la preuve qu'il ne s'agit ni d'un lymphadénome ni d'un lymphosarcome.

C'est le propre de la leucémie ou de la pseudo-leucémie.

L'examen du sang donna: augmentation légère des leucocytes avec prédominance des polynucléaires. Pas de leucémie ni d'anémie pernicieuse.

L'examen somatique général ne révèle aucune altération, non plus que la présence de ganglions lymphatiques hypertrophiés autres que ceux du cou.

En deux mois environ, la maladie avait fait des progrès considérables; l'enfant était profondément anémiée; il y avait de l'œdème généralisé et de la dyspnée par œdème pulmonaire, celui-ci dû à la compression des organes du médiastin. Les ganglions de l'aisselle et de l'aîne sont normaux. Quant à ceux du cou, ils

étaient considérablement augmentés de volume, formant des masses arrondies, irrégulières, énormes. *Les amygdales étaient de volume considérable, surtout celle qui n'avait pas été enlevée.* L'enfant mourut trois mois environ, après que l'auteur la vit pour la première fois.

SARGNON (de Lyon). — **Parallèle entre la dilatation caoutchoutée interne et la laryngostomie.** — Par *dilatation caoutchoutée interne*, l'auteur entend l'introduction rétrograde d'un drain dilateur par la plaie trachéale dans la partie supérieure de la trachée ou dans le larynx rétrécis. Ce drain est amené et maintenu en situation par un fil sans fin passant par la bouche d'une part, par l'ouverture de la trachéotomie de l'autre. C'est une méthode assez ancienne.

La dilatation caoutchoutée externe n'est possible que combinée à la laryngostomie. C'est une méthode toute récente, qui a été jusqu'ici mise en œuvre quarante-cinq fois environ, dont vingt fois par l'école lyonnaise.

Le manuel opératoire de la laryngostomie a été décrit maintes fois, il n'y a pas lieu d'y revenir. Cependant Sargnon insiste sur l'utilité de la cisaille de Moure pour sectionner les cartilages laryngés et sur l'appoint que la canule de Lombard-Sargnon apporte en facilitant les pansements.

Je signale aussi la modification heureuse apportée par Fournier, qui consiste à faire passer la canule à travers un œillet du drain dilateur, de façon à faire corps avec celui-ci. L'auteur insiste sur l'opportunité qu'il y a à employer le caoutchouc comme dilateur des rétrécissements cicatriciels, tandis que la gaze, préconisée par l'école italienne, convient mieux aux sténoses cicatricielles.

Sargnon fait encore remarquer deux points de technique très importants : 1° pour éviter les accidents ultérieurs et surtout les récidives, il faut toujours faire partir l'incision de la laryngostomie de la plaie de la trachéotomie, *si bas celle-ci soit-elle*; 2° l'autoplastie doit toujours être tardive, très tardive même, et, dans les cas graves, on se trouvera bien de laisser très longtemps un petit orifice de sûreté.

On peut dire, d'une façon générale, que le canulard est rarement un rétréci cicatriciel, tandis que le tubard-canulard est toujours, ou presque toujours, un cricoïdien cicatriciel serré.

Les *sténoses fonctionnelles* sont souvent justiciables de la dilatation caoutchoutée *interne*, en cas d'échec, seulement, on recourra à la laryngostomie.

Dans les cas de bourgeonnements péricanulaires la dilatation

caoutchoutée interne est souvent utile et suffisante après l'enlèvement des bourgeons.

Les *sténoses cicatricielles chondrales* sont du ressort de la dilatation caoutchoutée interne, si elles sont peu serrées ; de la laryngostomie, si elles sont larges et que le premier moyen ait échoué.

Pour Sargnon, les *sténoses cicatricielles moyennes* sont du même domaine de la laryngostomie.

Quant aux *sténoses* et aux *soudures*, l'auteur conseille de traiter d'emblée par la laryngostomie.

A la période d'ulcération consécutive au tubage, mais avant la constitution du tissu de cicatrice endomuqueux, la dilatation caoutchoutée interne et précoce peut empêcher la sténose.

Enfin la laryngostomie est particulièrement indiquée dans la cure des papillomes récidivants (école italienne, Béco, Sargnon) ; elle peut être utilisée dans certaines formes de tuberculose laryngée sans lésions pulmonaires graves et dans quelques cas de néoplasmes, tout à fait au début.

Au point de vue de la gravité de l'opération, la laryngostomie tient le milieu entre la laryngotissure et la laryngectomie ; elle ne présente d'aléa qu'à la période de sphacèle.

Discussion.

JACQUES (de Nancy) croit qu'il y a lieu d'insister davantage sur les indications de la laryngostomie. Il estime que cette intervention est précieuse dans les cas de sténoses fibreuses ; mais il faut observer que dans les tumeurs malignes le séjour d'un corps étranger mis en contact avec le foyer primitif de dégénérescence est irritant et peut avoir certains inconvénients ; l'ouverture permanente du larynx opposée aux papillomes demeure une opération d'une gravité peut-être excessive, parce que ses indications paraissent discutables en présence surtout des facilités nouvelles fournies par la laryngo-trachéoscopie directe.

Béco (de Liège) fait observer que tous ses malades ont été d'abord trachéotomisés et ont porté canule pendant huit mois au moins ; deux ont pris en outre de l'iodure chaque fois qu'il y avait récidive. Toutefois, il ne récuse pas systématiquement la trachéotomie, parce qu'on lui a attribué des guérisons et qu'elle ne gêne en rien la laryngostomie secondaire, qui est, d'après lui, la dernière réserve chirurgicale. Il approuve entièrement la laryngo-trachéoscopie

directe, qui peut donner des résultats plus ou moins heureux suivant l'habileté de l'opérateur et la gravité du cas. Il pense cependant qu'elle échouera souvent dans les meilleures mains.

SARGNON (de Lyon) estime qu'il faut distinguer les deux méthodes de laryngostomie :

1° La laryngostomie avec dilatation caoutchoutée externe, méthode typique à employer dans les sténoses cicatricielles ;

2° La laryngostomie sans dilatation caoutchoutée et qui n'est, par conséquent, pas irritante, devra être employée dans les autres cas et particulièrement dans les *papillomes récidivants*.

Quant à la mortalité de la laryngostomie, sur 47 cas, on ne connaît que 3 morts, une par bronchopneumonie à la période de sphacèle (cas personnel) ; cette malade n'avait pas été opérée assez à froid ; une par bronchopneumonie chez une malade inconnue de l'auteur ; la troisième enfin par bronchopneumonie également après guérison et suture (Thèse de Barlatier, 1908). Il en résulte qu'il faut opérer les malades à froid, si l'on veut éviter l'infection pulmonaire, due surtout au sphacèle, dont l'infection est généralement d'origine buccale,

JAUQUET (de Bruxelles) ne croit pas à l'action spécifique du caoutchouc au point de vue de la fonte du tissu cicatriciel ; elle-ci est déterminée uniquement par la compression. Il pense qu'il y aurait avantage à remplacer les drains dilateurs par un appareil exerçant sur les tissus à dilatation une pression constante un peu inférieure à celle du sang, de façon à produire une atrophie progressive des tissus par diminution de nutrition. On éviterait ainsi la mortification et le sphacèle, qui peuvent être dangereux.

GUISEZ (de Paris). — **Faits de trachéoscopie et de laryngoscopie directes.** — Présentation des deux derniers corps étrangers (petits poids et tube en caoutchouc) que l'auteur a extraits de la bronche droite par bronchoscopie.

L'intervention fut facile, et la guérison s'est faite sans complications.

Il relate également plusieurs cas de trachéoscopie directe :

1° *Tumeur trachéale chez l'adulte*, de consistance fibreuse insérée au niveau du deuxième anneau de la trachée et diagnostiquée par la trachéoscopie. Opération par les voies naturelles. Guérison ;

2° *Papillomes multiples* du larynx et de la trachée chez un enfant de 6 ans opéré par trachéoscopie après trachéotomie préalable. Guérison ;

3° *Double valvule intratrachéale* donnant lieu à des phénomènes dyspnéiques. Diagnostic par trachéoscopie. Section de la valvule suivie de guérison partielle. La valvule postérieure est indilatable ; il s'agit d'une hernie de la paroi postérieure de la trachée dans la lumière de celle-ci ;

4° Deux cas de compression, l'un par *goitre*, l'autre par *adéno-pathie trachéo-bronchique*. La trachéoscopie a permis de déterminer le siège de l'obstacle et de décider de l'opportunité d'une trachéotomie basse.

GUISEZ (de Paris). — **Diagnostic œsophagoscopique dans différentes formes de sténoses de l'œsophage.** — Série d'observations personnelles concernant les aspects que présente à l'œsophagoscopie la lumière de l'œsophage, suivant qu'il s'agit des différentes formes de sténoses.

Discussion.

JACQUES attire l'attention sur l'existence, au voisinage des néoplasmes œsophagiens, de plaques blanchâtres, comparables parfois à de véritables placards leucoplasiques, mais, à l'inverse de ceux-ci, à peu près dépourvus d'adhérences, car il s'agit d'enduits recouvrant des ulcères superficiels.

A propos du traitement des rétrécissements œsophagiens, il signale le résultat très satisfaisant qu'il a obtenu chez deux enfants atteints de sténose cicatricielle serrée, d'origine caustique, par l'application à demeure, pendant plusieurs jours, d'une fine bougie de gomme fixée à une dent. La tolérance fut parfaite. La déglutition des liquides fut très vite tolérée. Ultérieurement la stricture tout à fait ramollie ne mit plus obstacle à l'introduction de sondes beaucoup plus volumineuses.

V. DELSAUX. — **Cinq cas de tumeurs malignes des cavités annexielles du nez.** — Les cas de l'espèce, sans constituer une rareté, ne sont cependant pas des plus fréquents. L'auteur en rapporte 5 observations.

Il s'agissait de sarcomes ou d'épithéliomas, qui tous récidivèrent plus ou moins rapidement et se terminèrent par la mort en douze à dix-huit mois.

Quant à l'intervention, elle fut toujours menée par voie externe, aussi largement et aussi complètement que possible.

ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX, T. XXXIV, N° 10, 1908. 31

Dans un cas, Delsaux fit la résection totale du maxillaire supérieur.

En présence du résultat décevant de ces opérations, l'auteur se demande s'il faut opérer et à quel procédé il faut avoir recours. Il se déclare partisan de la résection complète et hâtive du maxillaire supérieur; les opérations endosinuales sont forcément incomplètes.

Delsaux insiste sur la nécessité d'enlever les chaînes et ganglions lymphatiques quand ils sont envahis; il faut remarquer que la chose possible pour les ganglions externes du cou est actuellement impraticable pour les ganglions pharyngés.

TRÉTRÔP. — **Oesophagoscopie et trachéo-bronchoscopie.** — L'auteur, qui pratique l'oesophagoscopie et la trachéo-bronchoscopie depuis plus de cinq ans avec les tubes de Killian, est arrivé à simplifier beaucoup le matériel nécessaire. Il préconise l'emploi des nouveaux tubes spatules de Killian avec tubes intérieurs à glissière et, comme éclairage, le miroir de CLAR ordinaire.

Il décrit un oesophago-trachéo-fantôme des plus simples, et il conseille de s'exercer sur des chiens endormis par la méthode de Dastre et Morat.

Suit la relation succincte des cas les plus récents qu'il a traités :

1° **Oesophage.** — Un cas de plaie par un instrument piquant; un cas de corps étranger : grande arête de poisson; des cas de corps étrangers supposés; un cas de faux cancer que l'oesophagoscopie a démontré n'être qu'un spasme; trois cas de cancer de l'oesophage dont un avec prélèvement pour examen microscopique.

2° **Larynx et trachée.** — Deux corps étrangers du larynx : un fragment d'enveloppe de pépin de pomme et une fine arête de poisson; enfin un cas de papillome encore en traitement.

Trétrôp cite des cas d'asthme guéris par traitement bronchoscopique et conclut que, en présence des services et de la simplicité de la méthode, il convient que tout spécialiste puisse y recourir.

TRÉTRÔP. — **Kyste pré-laryngien opéré et guéri.** — Homme adulte atteint de kyste développé au-devant du larynx depuis trois ans. Ablation sous anesthésie locale et guérison *per primam*. Le kyste était de nature sébacée; il avait le volume d'une grosse noix.

Discussion.

CAPART, fils (de Bruxelles). — A eu l'occasion d'opérer récemment un cas de tuberculose de la bourse séreuse sous-hyoï-

dienne. L'aspect de la tumeur était analogue à celui que l'on constate dans les hygromas de la séreuse. Plusieurs aspirations du pus au moyen de la seringue n'ayant pas amené la guérison, il fut procédé à une opération radicale. La poche purulente était double. Un orifice étroit mettait en communication un abcès externe avec celui qui se trouvait sous l'os hyoïde.

JAUQUET (de Bruxelles) rappelle qu'il y a une différence entre la bourse sous-hyoïdienne dite de Boyer et la bourse préaryngienne dite de Broca. Il a vu plusieurs cas d'hygromas ou d'abcès de ces bourses qui se différencient absolument au point de vue anatomique.

TRÉTRÔP. — **Sténose laryngée ayant amené la mort subite.** — Observation d'un malade qui asphyxia brusquement avant qu'on pût lui porter secours. A l'autopsie, les cordes se touchaient au point d'empêcher tout passage d'air.

Il existait un certain gonflement de la région aryénoïdienne droite et, faisant saillie dans l'œsophage en arrière, une petite tumeur lobulée assez consistante de la paroi latéro-postérieure droite, à mi-hauteur.

L'auteur a voulu montrer la pièce intacte avant d'en faire des coupes microscopiques.

FALLAS. — **Quelques cas de complications de l'opération des végétations adénoïdes.** — Dans le premier cas, il s'agit d'une petite fille de 13 ans qui n'avait jamais été réglée et chez qui l'ablation des adénoïdes fut suivie d'une hémorragie grave. Dès le mois suivant, les menstrues s'établirent pour se continuer d'une façon régulière.

Dans le second cas, il s'agit d'un adulte porteur d'une otite purulente chronique à qui on enleva sous chloroforme une végétation, une crête et une queue de cornet. La narcose fut très laborieuse à cause de l'état nerveux du patient, qui se débattit au point de se jeter, à différentes reprises, à bas de la table d'opération. Quatre jours plus tard apparurent des symptômes d'abcès pulmonaire terminé heureusement par guérison après plusieurs vomiques.

L'auteur croit que l'abcès est dû à l'aspiration de sang ou de fragments de végétations au cours de l'opération. Il met en garde contre la narcose générale pour l'opération des végétations de l'adulte et recommande la position de Rose.

DE STELLA (de Gand). — **Thiosinanimine et fibrolysine d'tément des scléroses auriculaires.** — Maintenant qu

siasme du début s'est un peu calmé, devant les insuccès des uns, devant les indications plus précises des autres, il importe de ne pas laisser tomber dans l'oubli un médicament qui peut rendre des services dans la thérapeutique auriculaire.

Depuis deux ans, l'auteur a expérimenté ces produits en choisissant indifféremment les cas de surdité, avec ou sans bourdonnements, soit par sclérose labyrinthique, soit par sclérose de l'oreille moyenne, soit par otite adhésive, — excluant seulement du traitement les surdités d'origines centrales : névrites acoustiques ou surdités nerveuses.

Deux produits furent employés : la *thiosinamine* en solution avec de l'antipyrine (formule de Michel) en instillation dans l'oreille ; la *fibrolysine* de Merck en injections hypodermiques.

Résultats. — Dans l'otosclérose ancienne, lorsque le labyrinthe est atteint, les deux produits n'ont aucune influence ni sur les bourdonnements, ni sur la surdité.

Dans la sclérose de l'oreille moyenne, quelle que soit son origine, surtout si le Rinne est négatif, une amélioration notable de l'ouïe est souvent obtenue, les bourdonnements sont moins influencés.

Dans l'otite adhésive, avec Rinne négatif, la surdité et même les bourdonnements peuvent être très favorablement influencés.

L'auteur emploie de préférence la fibrolysine en injections sous-cutanées ou intramusculaires, car il a observé que, en instillation, la thiosinamine peut être irritante et réveiller même quelquefois un processus suppuratif ou l'ouverture d'anciennes perforations cicatricielles.

Discussion.

DELSAUX (de Bruxelles) a employé la thiosinamine en action locale et en injections ; il regrette de devoir dire que ce médicament ne lui a donné aucune satisfaction malgré la persévérance avec laquelle il a appliqué le traitement.

LIÉVIN (d'Aix-la-Chapelle) a obtenu une amélioration remarquable dans deux cas d'ankylose post-syphilitique des osselets là où le traitement spécifique n'avait rien donné.

DE STELLA (de Gand). — **Méningite et surdité.** — Le travail de l'auteur a pour but de démontrer que non seulement les méningites purulentes, leptoméningites, méningites tuberculeuses, méningites cérébro-spinales épidémiques, mais encore les méningites toxiques, simples, séreuses ou aseptiques, si fréquentes dans la première

enfance et dénommées souvent par leur syndrome « méningisme », peuvent devenir facteur de surdité brusque et totale.

A l'appui de cette thèse, il cite deux observations :

a. Enfant de 10 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels bien particuliers, à part une rougeole compliquée d'otite purulente, guérie depuis longtemps. Brusquement symptômes de méningite. Au troisième jour de son affection, surdité totale avec intelligence intacte. Par ponction lombaire, un liquide clair, sortant sous pression, démontrant à l'analyse une lymphocytose discrète, aseptique. Disparition rapide de tous les symptômes, à part la surdité, qui demeura totale.

b. Enfant de 12 ans, atteint de parotidite double épidémique. Au sixième jour, symptômes de méningite ; trois jours plus tard, surdité totale sans troubles de la parole ni de l'intelligence.

Le même jour, ponction lombaire de 15 centimètres cubes. Liquide céphalo-rachidien, clair, lymphocytosique, mais parfaitement aseptique. Dès le lendemain, amélioration notable des symptômes, sauf de la surdité, qui resta complète. Une nouvelle ponction fut suivie d'une *légère* amélioration de l'audition.

Comme conclusion, l'auteur ordonne : 1° que les méningites insidieuses, toxiques, aseptiques, séreuses, essentielles ou symptomatiques d'une autre infection, très fréquentes dans la première enfance, peuvent entraîner la surdité totale ou partielle sans laisser d'autres traces ; 2° que la ponction lombaire est utile non seulement pour le diagnostic, mais constitue un bon moyen de traitement.

SCHIFFERS (de Liège) rappelle les travaux de Voltolini sur la labyrinthite primitive. Les symptômes de cette affection ressemblent à ceux que de Stella vient de décrire.

Il semble que l'étiquette de méningite ou de méningisme ne s'applique pas exactement aux cas rapportés. Évidemment l'oreille a dû être atteinte de lésions prononcées irrémédiables même, puisque la surdité a persisté ; mais, dans les cas vrais de « méningisme », la ponction lombaire a une action plus efficace. Ces phénomènes méningitiques et les troubles fonctionnels auriculaires disparaissent.

Il est à souhaiter que des autopsies, faites méthodiquement, viennent élucider cette intéressante question.

FALLAS. — **Mastôidite réchauffée. — Thrombose sinusienne.** — Il s'agit d'un malade évidé à droite le 18 juillet 1907 pour mastôidite réchauffée. Étant donnés les symptômes d'infection géné-

ralisée, le sinus fut mis à nu et trouvé sain. Cependant la rémission ne se fait pas complète, et le 26 se produisit une grande ascension thermique avec frisson. Le sinus était thrombosé; il fut ouvert et tamponné aux deux bouts. Dès lors, tous les symptômes disparurent, sauf une névrite optique droite, qui persista pendant trois mois.

DELSAUX (de Bruxelles) rappelle que c'est là un cas fréquent que la persistance des troubles de la rétine, longtemps après la disparition des lésions qui l'ont causée. Marbaix a signalé tout récemment un fait semblable dans la *Presse oto-laryngologique belge*.

TRÉTRÔP. — **La répression du charlatanisme en matière otologique.** — Après avoir esquissé les procédés du charlatan non-médecin pour attirer les malades, l'auteur fait appel à l'union des otologistes pour remédier au mal. Il demande la nomination d'une commission chargée d'étudier les moyens légaux actuels d'arrêter l'essor croissant du charlatanisme. Il propose ensuite que la Société belge d'oto-rhino-laryngologie fasse les démarches nécessaires auprès de la Chambre des Représentants pour obtenir une loi de protection efficace.

ACADÉMIE MÉDICO-CHIRURGICALE (1).

Espagnole

Séance du 23 février 1907.

COMPAIRED. — **Corps étranger de la bronche gauche. — Abscès pulmonaire. Bronchoscopie.** — Compaired cite le cas d'un enfant de 7 ans, qui, après avoir aspiré dans ses voies respiratoires une coque d'amande, fut pris de toux, de fatigue, d'accès de suffocation et d'expectoration purulente. Le diagnostic d'abcès de la base du poumon fut confirmé par la radiographie.

On pratiqua donc la bronchoscopie sous anesthésie; mais, dès l'introduction du tube, il s'y produisit une irruption de pus fétide en quantité telle qu'on dut aussitôt retirer le tube. Le malade eut alors un violent accès de toux, avec expectoration de pus et de sang, dans lesquels on trouva mêlé le corps étranger qui avait 20 millimètres de large pour 5 d'épaisseur.

(1) Compte rendu par IREESTE GERMANN, traduction par MOSSÉ.

Discussion.

SAN MARTIN cite à ce propos le cas d'une pièce de 5 centimes enclavée dans l'œsophage et extraite par œsophagotomie externe, opération des plus simples, si on a soin de mettre le cou en hyper-extension. Dans un second cas, un enfant aspira une plume d'acier dont on put voir le siège par la radioscopie et pour lequel on n'intervint pas.

E. RIBERA. — Un enfant avait aspiré dans ses voix bronchopulmonaires un noyau d'olive, qui provoquait de la toux, de la suffocation et de la dyspnée, par crises ; puis survenaient des périodes de calme, pendant lesquelles on notait la disparition du murmure vésiculaire dans le poumon gauche.

Au cours d'un de ces accès de dyspnée, il fut obligé de faire une trachéotomie d'urgence ; le corps étranger s'évada par l'orifice trachéal.

Quant aux corps étrangers de l'œsophage, on aura d'autant plus d'intérêt à pratiquer la bronchoscopie qu'ils y seront depuis moins longtemps.

Séance du 25 février 1907.

ROYO. — **Un cas d'angiome de la langue.** — Malade de 37 ans : la langue pendante entre les lèvres et empêchant la bouche de se fermer est envahie par un néoplasme de dimensions gigantesques, constitué par divers lobules pulsatiles, mous et de couleur vineuse. Déglutition et mastication difficiles ; troubles respiratoires et voix pâteuse. Hémorragies fréquentes et parfois fort graves. Lorsqu'on fait rentrer la langue dans la bouche, le tumeur déprime le plancher buccal et détermine une proéminence dans la région sous-maxillaire.

Diagnostic. — Angiome de la langue.

Opération. — L'extirpation n'ayant pu être tentée à cause des graves dangers qu'elle présentait, on eut recourt à la ligature des vaisseaux afférents, carotide externe du côté gauche, la plus atteinte, artères linguale et faciale du côté droit. Ces ligatures ont déterminé la diminution du volume de la tumeur et mis le malade

en l'état d'être opéré ultérieurement plus complètement. Royo recommande donc, dans les cas inopérables d'emblée, la ligature des vaisseaux afférents.

Séance du 4 mars 1907.

GOYANNES. — **Polypes du nez opérés par la méthode de Partsh.** — Malade de 62 ans, antécédents sans intérêt, a depuis trois ans des épistaxis fréquentes et de l'obstruction des fosses nasales, qui est devenue complète. Opéré deux fois par les voies naturelles, sans succès.

Quand il se présenta pour la première fois à l'auteur, son nez était tuméfié et dévié du côté droit : l'orifice nasal de ce côté était complètement obturé, car la cloison et la sous-cloison déviées venaient s'appliquer sur sa paroi externe. Par l'orifice nasal gauche apparaissait une masse polypeuse, noire, arrondie, du volume d'un œuf de colombe et à superficie lisse. Au-dessus de l'aile narinaire, dans le sillon naso-jugal, la paroi latérale du nez était perforée par une seconde masse polypeuse, analogue à la première, comme celle-ci lisse, noirâtre et facilement hémorragique. Le malade avait eu, quelques jours auparavant, une hémorragie copieuse par la fosse nasale gauche, d'où anémie grave.

Le jour qui suivit son entrée à l'hôpital général, il expulsa par son nez un nombre considérable de larves de mouches. Par le toucher rétro-nasal, on put se rendre compte que la cavité nasopharyngée était bourrée de polypes.

Le malade fut opéré dans un demi-sommeil chloroformique et en position déclive. Incision de la lèvre supérieure sur la ligne médiane; ligature des coronaires, incision sur le sillon de l'aile gauche narinaire jusqu'au niveau de la perforation polypeuse de la paroi nasale, qu'on circonscrit dans l'incision. Après avoir détaché la partie gauche du nez, incision de la muqueuse dans le sillon gingivo-labial, depuis la seconde prémolaire d'un côté à la seconde prémolaire du côté opposé; décollement du périoste et accès sur l'ouverture piriforme. Avec de forts ciseaux, section rapide de la cloison à sa partie inférieure et sur toute sa longueur, pour couper ensuite horizontalement et avec un ciseau large tout le massif maxillaire situé de chaque côté au-dessus de la portion palatino-alvéolaire, temps dans lequel on mit à jour les deux

sinus maxillaires. On forma un bloc osseux, qui fut énergiquement attiré en bas, non sans avoir ébranlé le point d'union postérieur des maxillaires avec l'apophyse ptérygoïde. Pendant tout ce premier temps, l'hémorragie ne fut pas très considérable. On a ainsi produit une large brèche par laquelle les fosses nasales sont facilement accessibles.

Les masses polypeuses qui prenaient insertion sur les cornets moyens furent complètement extirpées et la cavité nasale soigneusement nettoyée. Le bloc palato-alvéolaire fut remis en place, et, après une simple suture de la muqueuse et de la peau, on fit un tamponnement iodoformé de la fosse nasale gauche. Pansement.

Résultats post-opératoires. — Excellents. La consolidation osseuse fut si rapide que, dès la seconde semaine, le patient pouvait mâcher les aliments sans la moindre gêne.

Considérations. — Les polypes par leurs caractères anatomiques et leur siège d'implantation ne différaient pas des polypes ordinaires. Cependant, par leur tendance à la récurrence immédiate après deux extirpations (peut-être incomplètes par les voies naturelles), par leur force d'expansion, par la déformation du nez et la perforation de la paroi latérale, qu'ils avaient entraînée et qui avait fait penser à une tumeur maligne, par les hémorragies graves qu'ils avaient causées, ils sortaient vraiment de l'ordinaire.

Le procédé suivi pour mettre à découvert, par une voie large et commode, l'intérieur de la fosse nasale, fut le procédé décrit par Partsh, dans les *Archives de Langenbeck* (Bd. LVI), procédé qui a assez peu fixé l'attention, et auquel le cas rapporté donne un intérêt chirurgical considérable.

Après avoir fait une étude comparée et détaillée des divers voies d'accès à la cavité nasale : voies faciale, nasale, buccale, et voies mixtes, Goyannes accorde la préférence aux procédés de Chalot, de Kocher et de Partsh. D'après lui, le procédé de Kocher est celui qui donne le plus commodément accès à la cavité nasopharyngienne. En revanche, le procédé de Partsh est moins sanglant et tout à fait suffisant pour l'extirpation de tumeurs intranasales. Le malade sujet de cette communication est présenté à l'Académie.

Discussion.

STERLING. — Lorsqu'il s'agit d'interventions sanglantes et qu'on aborde les fosses nasales par toutes autres voies que les voies

naturelles, on sort du domaine de la spécialité. Les polypes nasopharyngiens sont assez caractéristiques pour qu'il ne puisse y avoir de doutes dans le diagnostic. L'électrolyse est le traitement de choix de cette affection.

TAPIA pense, avec Goyannes, que de tous les procédés sanglants pour l'exérèse des polypes du nez, le procédé de Partsh est celui qui provoque la plus faible perte de sang et qui ouvre sur les fosses nasales la brèche la plus large.

Quel que soit le développement pris par les polypes, il croit que, lorsqu'ils sont bien pédiculés et qu'ils n'ont pas envahi les sinus, il faut les enlever par les voies naturelles. Il cite à l'appui de son opinion des cas de polypes plus volumineux encore que ceux du malade de Goyannes et qu'il a pu très bien enlever. Il ne faut pas croire qu'une opération soit d'autant plus radicale qu'elle est plus sanglante ; au contraire, quand il s'agit de polypes du nez, les opérations les plus radicales sont celles qui se font par voie naturelle, voie par laquelle on peut faire une abrasion totale suivie de la cautérisation du point d'implantation.

Royo croit aussi que l'opération de Partsh est une excellente opération et qu'il faut réserver uniquement au cas de fibro-sarcome la resection du maxillaire supérieur.

Dans ces opérations, il faut mettre le malade en position de Rose, qui permet une anesthésie complète et dont l'unique inconvénient est de désorienter quelque peu le chirurgien.

SAÏZ DE HAJERA. — Jusqu'ici la perforation des parois du nez par une tumeur était considérée comme un signe de sa malignité. Cette corrosion du tissu osseux s'observe aussi lorsqu'il s'agit d'une force vive, comme les anévrysmes. Dans le cas en question, l'ulcération a dû se produire sous l'effet d'une pression douce et continue.

Séance du 8 avril 1907.

RUEDA. — Voie nouvelle pour l'extraction d'un projectile enclavé dans la face interne du temporal. — Présente un jeune homme qui, quatre mois auparavant, avait essuyé un coup de feu : le projectile, entrant en avant du muscle masséter, avait suivi un trajet antéro-postérieur sur la partie interne de la branche mon-

tante du maxillaire inférieur, passant probablement entre les ptérygoides et sans léser les nerfs dentaires inférieurs, ni le lingual, pour arriver à la zone infra-auriculaire, où s'est formé un abcès qui s'est spontanément fistulisé en arrière de la région parotidienne et en avant de la pointe de la mastoïde.

Ce stylet reconnaît parfaitement le projectile à une profondeur qui topographiquement est en dedans de l'apophyse styloïde. Ce stylet permet d'apprécier assez facilement l'enclavement du corps étranger.

Détail digne de remarque : le malade présentait un myosis paralytique extrêmement accentué, avec exophtalmie considérable du côté lésé, ce qui indiquait la lésion du sympathique.

L'examen otoscopique démontre l'existence d'une large perforation du tympan, avec présence de fongosités dans la caisse ; mais il est acquis que cette affection est bien antérieure à l'accident du malade et n'a avec lui aucune connexité.

La partie originale de la communication de Rueda est celle qui a trait à la voie choisie pour l'extraction du projectile et qui, à sa connaissance, n'a jamais été employée jusqu'à ce jour et qu'il propose d'adopter systématiquement dans les cas analogues à celui qu'il rapporte.

Rueda, faisant l'examen des voies possibles dans de pareilles interventions, repousse la voie buccale, à cause des difficultés techniques opératoires qui la rendent périlleuse et inefficace, surtout lorsqu'il s'agit d'un projectile, logé à la base du temporal, dans le voisinage immédiat de l'atlas, c'est-à-dire dans un plan supérieur au niveau de l'oro-pharynx, de telle façon qu'au cours de l'intervention il faudrait inciser le voile du palais.

Rueda repousse également la voie post-parotidienne, en suivant le trajet fistuleux ; en effet, en s'appuyant sur des préparations anatomiques qu'il présente, on peut voir que, par cette voie, on n'a qu'un champ limité et qu'on court le risque inévitable de léser le nerf facial, qui, au sortir du trou stylo-mastoidien, traverse franchement cette région dans le sens antéro-postérieur. En outre, au fond de la brèche pratiquée dans cette région, l'opérateur se heurterait à l'apophyse styloïde, qu'il est bien difficile de sectionner de dehors en dedans, sans péril pour le paquet vasculaire carotido-jugulaire.

Étant donné que le malade présentait une lésion de la caisse du tympan qui donnait indication pour un évidement pétro-mastoidien, Rueda songea à extraire le projectile par voie auriculaire.

Incision rétro-auriculaire curviligne, décollement du conduit cartilagineux et trépanation de l'apophyse, qui est farcie de granulations.

Résection au marteau et au ciseau de la paroi inférieure du conduit auditif, tout comme il s'agissait d'atteindre et de traiter une thrombose du golfe ; résection de l'apophyse styloïde de haut en bas et sur une surface considérable.

Le projectile est mis ainsi à découvert, et on peut constater qu'il est fortement enclavé entre le massif mastoïdien, la base du rocher et la colonne vertébrale : impossible de l'extraire par traction. Force fut de réséquer toute la portion de la mastoïde située en avant du nerf facial, qu'on mit à découvert non sans de violentes contractions faciales. En évitant de léser le nerf et en ouvrant au-dessus de son trajet, on arrive, au bout de deux heures à avoir déblayé suffisamment le terrain pour pouvoir extraire le projectile. Les suites opératoires furent simples et la guérison rapide, sauf, bien entendu, celle des phénomènes oculaires dépendant de la lésion du sympathique.

Discussion.

GOYANNES. — La voie employée par Rueda est ingénieuse et pratique, puisqu'elle lui a permis de faire d'une pierre deux coups, c'est-à-dire de faire la cure radicale d'une otorrhée ancienne et d'extraire un projectile. Dans les processus suppurés, on peut suivre la voie antérieure, mais en ayant soin de prolonger l'incision par une courbe à convexité inférieure au-dessous du facial. On pourra ainsi respecter le nerf et avoir la possibilité d'atteindre les gros vaisseaux, au cas échéant. En passant en ce point en arrière du paquet vasculaire, on peut atteindre jusqu'au ganglion cervical du grand sympathique, comme il le fit lui-même dans un cas de sarcome de l'apophyse transverse de la seconde vertèbre cervicale.

ALVAREZ Y SAINIZ DE AJA regrette que dans ce cas la radiographie n'ait pas été faite ; elle eût constitué une indication précieuse. Dans le cas de Rueda, on aurait pu suivre la voie de Joannesco, qu'on utilise dans l'extirpation du ganglion sympathique. Il cite deux cas de pénétration de projectile ; dans le premier, le corps étranger fut extrait par une incision postérieure au sterno-cléido-mastoïdien ; dans le second cas, le projectile entra, comme dans le

cas de Rueda, en avant du muscle masséter et fut enlevé en utilisant la même voie.

RUEDA. — Il était difficile d'utiliser la voie de Joannesco telle qu'on la suit pour l'extirpation du ganglion sympathique, car le projectile en question était enclavé au niveau de la face inférieure de la portion pétreuse du temporal et, par conséquent, bien au-dessus du champ auquel on peut atteindre dans l'opération de Joannesco. En examinant, en effet, les préparations anatomiques, on voit clairement qu'une tangente à la pointe de la mastoïde est la limite supérieure à laquelle on peut atteindre par l'incision de Joannesco. Or le projectile était sensiblement au-dessus de cette ligne.

Séance du 27 avril 1907.

STERLING. — **Deux cas d'empyème de l'ethmoïde.** — I. Jeune homme de 15 ans; douleurs dans la partie interne et supérieure de l'orbite droite; légère exophtalmie, œdème et rougeur de la région; pas de pus dans les méats; sinus frontal, ethmoïdal et maxillaire translucides. Diagnostic: abcès orbitaire probablement consécutif à une sinusite frontale. Opération: incision sur la région douloureuse: on trouve les cellules ethmoïdales pleines de pus; curettage. Guérison.

II. Malade de 50 ans: exophtalmie de l'œil droit remontant à quelques jours; tumeur dure et douloureuse dans l'angle interne et supérieur de l'orbite. Engorgement des ganglions parotidiens et sous-maxillaires. Pas de pus dans les méats. Diagnostic: sarcome. Opération: On énuclée le globe oculaire; on ne trouve pas trace de tumeur, mais du pus et des fongosités de la lame criblée de l'ethmoïde, fongosités qui communiquent avec les cellules ethmoïdales.

Il faut donc faire une exploration minutieuse des malades afin d'éviter des erreurs préjudiciables aux malades. Les oculistes, dans des cas analogues, feront bien, avant d'opérer, de soumettre le malade à l'examen rhinologique.

Discussion.

TAPIA. — Ne conçoit pas que pareille erreur de diagnostic soit possible en dehors d'un examen incomplet. La voie exorbitaire doit

dans cette sorte d'opération être préférée à la voie orbitaire, car si, en même temps que l'ethmoïdite, il existe une sinusite frontale, on aura par avance réalisé le second temps de l'opération de Killian.

SANZ-BLANCO. — Toute lésion entraînant de l'exophtalmie doit être examinée à la fois par l'oculiste et le rhinologiste, afin d'éviter toute cause d'erreur. Tenir également compte de toutes les relations anatomiques et pathologiques qui existent entre le sinus frontal et l'ethmoïde. Comme Tapia, il donne dans l'intervention la préférence à la voie orbitaire.

STERLING. — Dans les cas de fistule orbitaire, Sterling utilise cette voie pour le traitement des sinusites ethmoïdales; dans tous les autres cas, il préfère la voie endonasale.

LANDETE. — **Le somnoforme en stomatologie.** — Le somnoforme, qui est un mélange de chlorure d'éthyle, de bromure d'éthyle et de bromure de méthyle, est l'anesthésique de choix dans toutes les interventions de courte durée. L'anesthésie est rapide, instantanée même, sans accident ni risque possible. La période d'excitation n'existe pour ainsi dire pas. Jamais on n'a observé de syncope cardiaque ou respiratoire dans les six cent mille observations recueillies. Jamais de vomissements. Comme le somnoforme est extraordinairement volatil, il faut employer des masques s'adaptant hermétiquement sur la face. Il faut éviter tout mélange d'air si on veut avoir une anesthésie parfaite.

SANZ-BLANCO. — Le somnoforme, dont l'action est fugitive une minute à peine, est sans application en chirurgie générale. En ophtalmologie, on peut l'employer pour opérer des enfants, des vieillards ou des nerveux, et aussi dans les iridectomies pour glaucome. Dans ces cas, l'opération est tellement douloureuse que, pour éviter toute déchirure de l'iris, mieux vaut recourir à un anesthésique de courte durée.

TAPIA. — Le somnoforme est d'une application pratique en oto-rhinologie, pour l'ablation des végétations, le morcellement des amygdales, la paracentèse du tympan et les curettages de la caisse.

BIBLIOGRAPHIE

RABOT, SARGNON et BARLATIER (de Lyon). — **Rétrécissements du larynx et de la trachée consécutifs au tubage et à la trachéotomie** (1 vol. in-8 de 328 p.; Paris, A. Maloine, 1908).

Il n'est point de malades qui défient davantage notre habileté et mettent mieux à l'épreuve notre patience que les malheureux porteurs de sténoses cicatricielles laryngo-trachéales. La vulgarisation du tubage et son application par des mains mal exercées a rendu ces infirmes assez nombreux pour que nous ayons désormais à compter avec eux dans notre pratique courante. Or, en ces très difficiles matières, nous manquions d'un guide sûr : l'École Lyonnaise nous l'apporte aujourd'hui. Par ses qualités de ténacité et de minutie dans le travail, elle était tout à fait qualifiée pour mener cette longue œuvre à bien.

Voici, certes, le meilleur livre écrit en France sur la question. Il est riche d'une documentation historique et bibliographique, qui témoigne, de la part de ses auteurs, d'une somme de recherches considérables; et il est surtout précieux par son sens critique, qui nous guide au milieu des confuses et nombreuses méthodes de traitement de ces sténoses : car Sargnon et Barlatier ont acquis en ces matières une expérience clinique incontestée.

L'étude des causes, des lésions et des symptômes des rétrécissements cicatriciels du larynx prélude à l'exposition du traitement, lequel constitue la partie importante de l'ouvrage.

Successivement, et avec un luxe de détails pratiques qui permet au lecteur de louver avec la plus grande facilité parmi les nombreux écueils cliniques qu'il rencontrera sur sa route, sont présentées :

- a. La dilatation par voie interne sans intervention sanglante;
- b. Les méthodes mixtes, interventions sanglantes ou non sanglantes par voie interne, avec ou sans dilatation;
- c. Les opérations sanglantes par voie externe, dont la dernière en date et la plus utile est sans contredit la laryngostomie, dont Sargnon s'est fait en France le vulgarisateur.

D'ailleurs, on ne peut donner une meilleure idée de l'ensemble de cet ouvrage qu'en citant les conclusions qui le terminent.

I. *Au point de vue étiologique*, les auteurs retiennent surtout la gravité de l'infection, qui rend la muqueuse trop sensible à l'ulcération de pression ou décubitus. La trachéotomie peut faire du décubitus, mais c'est surtout le tube qu'il faut incriminer dans une proportion heureusement très faible, variable suivant les statistiques, en moyenne ne dépassant pas 1 p. 100. Le tubage, condamné à cause de ses complications, par quelques auteurs modernes, est et restera une méthode pratique, uniquement entre des mains exercées.

II. Les lésions constatées chez le canulard et chez le tubard-canulard sont habituellement très dissemblables.

Chez le canulard, il existe, comme cause constante de gêne respiratoire, l'obliquité de l'éperon trachéal sus-canulaire antérieur, l'angle ouvert en arrière formé par l'axe trachéo-laryngien, l'ankylose et le non-fonctionnement du larynx, l'hypertrophie des cordes. Accessoirement, il peut exister des bourgeons sus-canulaires et de l'œdème chronique, des sténoses cicatricielles de siège variable et habituellement dues à la maladie causale (syphilis, fièvre typhoïde, etc.), bien plus qu'à la canule.

Chez le tubard-canulard, outre l'éperon trachéal, la déviation de l'axe trachéo-laryngien, l'ankylose laryngienne, l'hypertrophie des cordes, les auteurs notent surtout la sténose cicatricielle à siège ou à prédominance cricoïdienne. C'est la marque de l'ulcération grave du décubitus occasionnée par le tubage.

Telles sont les formules presque géométriques des canulars et des tubards-canulars graves.

III. L'examen d'un sténosé grave du larynx nécessite une série d'épreuves, par voie laryngienne supérieure ou trachéale. Le perfectionnement des méthodes directes, et tout particulièrement la *trachéoscopie directe rétrograde sous-glottique*, permettent habituellement un diagnostic extrêmement précis, très utile pour indiquer d'emblée quelle est la meilleure méthode à employer pour chaque cas.

IV. *Le traitement prophylactique* consiste surtout à ne pas prolonger la durée de l'intubation. Le tubage continu, dans les cas de décubitus, est certainement une excellente méthode, quand le malade est sous la surveillance directe et constante d'un intubateur exercé. En cas contraire, les auteurs lui préfèrent la trachéotomie secondaire, bien moins dangereuse pour l'existence du malade.

Si le décanulement tarde à se produire, les auteurs conseillent

de pratiquer d'une façon précoce la *dilatation caoutchoutée* préventive de la sténose.

V. De toutes les méthodes de dilatation interne qui constituent le traitement curatif des sténoses larges non cicatricielles et des sténoses fonctionnelles, les auteurs retiennent surtout, dans les cas simples, l'emploi des *canules fenêtrées* (méthode à surveiller) et des *canules décroissantes* et, dans les cas plus rebelles, l'*intubation avec maintien de la canule* ou *surveillance médicale attentive* si on l'enlève. A l'intubation, les auteurs préféreront cependant la *dilatation caoutchoutée*, plus douce et qui toujours permet le maintien de la canule.

Les méthodes de traitement mixte présentent des indications plus restreintes. Peut-être, avec l'emploi de plus en plus fréquent des méthodes directes, constituent-elles un procédé d'avenir.

Les auteurs réservent les interventions sanglantes externes aux cas graves, surtout aux sténoses cicatricielles non dilatables, aux soudures et aux autres sténoses ayant résisté à la dilatation interne. Avec Moure, Schmigelow et Navratil, ils conseillent la *trachéotomie basse* pour pallier aux inconvénients d'une trachéotomie trop haute, mais seulement après échec de la dilatation caoutchoutée.

Malgré d'assez nombreux succès, la *laryngo-fissure* ne paraît pas aux auteurs donner toute sécurité à cause des récidives dans des cas graves.

La *trachéo-laryngectomie* est naturellement à rejeter, sauf certaines extirpations partielles avec soudure ou plastique.

Dans tous les cas graves, et tout particulièrement dans les sténoses cicatricielles serrées, les soudures étendues, triste apanage des tubards-canulards graves, les auteurs pratiquent et conseillent d'emblée la *laryngostomie*. Les succès qu'elle a donnés aux auteurs dans les cas désespérés leur permettent d'affirmer que c'est actuellement la méthode de choix. Entre les mains d'opérateurs patients, avec un choix judicieux de l'opportunité opératoire (malades très à froid), avec des soins opératoires et surtout post-opératoires minutieux, le succès est assuré. L'extension rapide de ce nouveau procédé le démontre amplement.

D'autres méthodes sont, certes, plus rapides et plus brillantes; mais offrent-elles la même sécurité et donnent-elles les mêmes résultats?

M. LERMOYEZ.

LANNOIS. — **Précis des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx** (Paris, O. Doin, édit., 1908 ; 2 vol. in-12 de 1500 p. environ, avec 227 fig.).

M. Lannois inaugure la chaire d'oto-rhino-laryngologie, qui vient de lui être confiée à la Faculté de médecine de Lyon, par la publication d'un excellent livre, auquel ont également collaboré MM. Chavanne et Ferran.

Cet ouvrage est didactique par excellence. Il a cette coupe bien française qui a tant contribué au succès de nos livres à l'étranger. On y reconnaît la forte discipline intellectuelle d'un maître qui s'est longtemps entraîné à enseigner ; et l'on se complaît à lire certains chapitres de pathologie générale qu'on chercherait en vain dans d'autres livres du même genre. La largeur de vues d'un esprit qui ne se borne pas à évoluer entre une queue de cornet et une végétation adénoïde donne à ce traité une empreinte personnelle.

Jeunes ou non, les oto-rhino-laryngologistes liront ces deux volumes avec grand profit.

Les élèves y apprécieront une clarté de bon aloi, qui ne cherche pas la simplicité dans une insuffisance facile. Chaque question y est complètement exposée, sous cette forme méthodique et attirante, à laquelle, dès notre enfance médicale, au seuil de l'externat, s'est adaptée notre assimilation cérébrale. Les jeunes auristes liront demain leur « Lannois », comme les futurs praticiens compulsent aujourd'hui leur « Dieulafoy » ; car à ces deux livres, d'allures semblables, une même popularité sourira. Combien nous, les jeunes de l'autre siècle, nous aurions été heureux de trouver un tel guide pour diriger nos premiers pas spéciaux.

Ceux qui sont plus vieux dans le métier auront aussi souvent à feuilleter ce livre pour se mettre rapidement au courant d'une question nouvelle, car les plus récents travaux y sont mentionnés. Et, ce faisant, ils admireront le travail considérable qu'a fourni l'auteur pour décorer son texte d'indications d'origine, dont le grand nombre surprend. Rien de ce qui a été dit n'a été omis : mais aucun de ceux qui ont dit n'ont été non plus oubliés. Lannois ne pratiquait pas, à l'instar de nos voisins, le boycottage bibliographique et marie, suivant la vérité de l'histoire, les noms aux faits, sans s'occuper de leur désinence. En quoi peut-être a-t-il tort ? Il y a longtemps, je l'avoue, qu'en matière de repréailles j'avais rêvé d'écrire un traité où les découvertes de Schwartz, de Frankel, de Killian de Jansen, auraient été attribuées à Dubois, à Dupont et à

Durand, à moins que je ne fusse décidé à me reconnaître le père de la laryngoscopie, de la bronchoscopie, et en général de tout ce qui n'aurait pas eu comme parrain un nom latin. Peut-être mon traité n'en aurait-il acquis que plus de valeur didactique ? Nul n'ignore que les jeunes oto-rhino-laryngologistes allemands sont instruits de cette façon, et je me suis laissé dire que c'étaient les premiers spécialistes du monde. C'est donc que le procédé que je propose a du bon...

Quoi qu'il en soit, le livre de Lannois comprend quatre parties, consacrées à l'oreille, au nez, au pharynx et au larynx. Chacune de ces parties présente une subdivision semblable.

Ainsi l'étude de l'otologie commence par l'exposé de l'anatomie, du développement et de la physiologie de l'appareil auditif. Viennent ensuite les leçons de technique : otoscopie, acoumétrie, électrisation. Ce chapitre est suivi d'une étude d'étiologie générale, extrêmement intéressante. Lannois y analyse successivement les rapports des maladies de l'oreille avec les affections organiques, les maladies générales, les maladies infectieuses, les intoxications. Ces trente pages pourraient suggérer quelques réflexions utiles aux partisans du cathétérisme à tout faire.

La symptomatologie générale de l'oreille est ensuite mise au point. Anomalies de l'audition, bourdonnements, trouble de l'équilibre, troubles psychiques, troubles réflexes et paralysie faciale, sont nettement synthétisés.

Nous entrons au delà dans la partie classique de l'ouvrage, dans l'étude des maladies de l'oreille externe, de l'oreille moyenne, de l'oreille interne. Sont mises en vedette la mastoïdite et les complications intracrâniennes des otites et, d'autre part, les maladies des nerfs acoustiques et des centres auditifs; enfin la surdi-mutité et l'audi-mutité.

Le reste de l'ouvrage, dû à la plume des élèves de Lannois, MM. Chavanne et Ferran, procède suivant le principe d'exposition méthodique qui n'omet rien, mais ne confond rien. Le chapitre des angines aiguës est particulièrement soigné. Et, dans la partie laryngologique, on trouvera tous les renseignements les plus circonstanciés, aussi bien sur les maladies de la voix chantée et leur traitement professionnel que sur les divers procédés d'extirpation du larynx.

M. LERMOYEZ.

ADOLPHE CARTAZ. — **Maladies du nez** (in *Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique* de GILBERT et THOINOT) (4 vol. in 8 de 429 p. ; J.-B. Baillière, 1907).

Un des meilleurs et des plus sympathiques de nos vulgarisateurs scientifiques ne pouvait manquer de présenter au grand public médical la rhinologie sous une forme séduisante.

Trop séduisante même, car le praticien qui lira ces pages ne soupçonnera point les difficultés que lui marque une exposition aussi claire.

L'œuvre de Cartaz présente l'allure classique qui plaît aux travailleurs, et nul doute qu'elle ne figure désormais parmi les indications bibliographiques des concours ; car le programme des conférences, c'est pour un auteur médical la popularité, comme l'orgue de Barbarie pour un musicien.

Cette monographie du nez laisse de côté la section chirurgicale de la portion : mais cette lacune est inspirée par la condition même de publication de l'ouvrage, qui fait partie d'une encyclopédie purement médicale.

M. LERMOYEZ.

OCTAVIANO DE BRITTO. — **Complicações orbito-oculares nas sinusites craneo-faciaes** (Rio-de-Janeiro, Hildebrandt, 1907 ; 4 vol. in-8 de 278 p.).

A nos confrères de langue portugaise je recommande vivement la lecture de ce travail. Riche en sa documentation, clair en son exposition, surtout impartial en ses jugements, il met au point l'histoire complexe des accidents qu'entraîne la méconnaissance des sinusites de la face. Les médecins doivent d'autant plus y porter leur attention que ce sont là généralement des affections *a medico* ; or on s'intéresse toujours à ses enfants.

M. LERMOYEZ.

ALFRED BRUCK. — **Die Krankheiten der Nase und Mundhöhle sowie des Rachens und des Kehlkopfes** (Urban et Schwarzenberg, éditeur, W. Friedrichstrasse, 105. b, Berlin, 1907).

Ce manuel de 467 pages, destiné aux étudiants et praticiens, est un résumé très complet de nos connaissances actuelles en rhinolar yngologie. Le plan est classique. C'est celui des ouvrages didactiques allemands : exposé de la technique générale, puis étude des affections spéciales à chaque organe. Il est écrit dans une forme claire, dont la simplicité et la concision n'excluent nullement

l'appréciation exacte et la discussion clinique. Un grand nombre de figures facilitent l'intelligence de la pratique de chaque opération. Remarquez la place donnée par l'auteur à l'exposé de la pathologie et de la thérapeutique des affections du larynx. Les succès chirurgicaux de l'otologie moderne et l'étude si attachante des maladies sinusiennes semblent, depuis quelques années, accaparer toute l'attention des spécialistes et faire oublier un peu quelles difficultés attendent l'étudiant et le praticien qui, munis du seul miroir laryngien, devront choisir entre plusieurs diagnostics et donner un conseil thérapeutique judicieux.

E. LOMBARD.

L. COSTA. — **Contribution à l'étude de l'angine goutteuse** (*Thèse de Montpellier, 1907*).

Les angines gouteuses affectent un type assez uniforme. Elles se caractérisent :

1° Par leur début brusque, suivant de près la cause occasionnelle qui les aura provoquées, et qui pourra être soit un refroidissement, soit des excès : tabac, alcool, fatigue ;

2° Par leur évolution aiguë, affectant un type solennel et à grands fracas, par leur disparition presque instantanée ;

3° Par une fièvre variant entre 37°,5 et 38°,5 avec retentissement grave d'emblée sur l'état général ;

4° Par la douleur locale très intense et certainement hors de proportion avec les lésions de la gorge ;

5° Par la tendance à la diffusion de l'inflammation qui s'étend à tout le pharynx : la luette, le voile, les piliers, les amygdales sont d'une coloration rouge sombre vernissé, tirant sur le violet ; la paroi postérieure du pharynx est sèche, luisante, striée de vaisseaux sanguins dilatés ;

6° Par l'absence constante d'exsudat ;

7° Par l'absence de tuméfaction des ganglions angulo-maxillaires ;

8° Par l'absence de trismus, bien que le malade éprouve une certaine difficulté à ouvrir la bouche.

Après un temps plus ou moins long variant entre quelques heures et deux ou trois jours, une articulation se prend. Brusquement la douleur s'évanouit, les symptômes se dissipent, la dysphagie disparaît petit à petit, le malade peut commencer à prendre quelque nourriture.

Il importe de différencier l'angine aiguë d'origine goutteuse de l'angine herpétique et de l'angine phlegmoneuse.

Elle diffère de la première: par sa non-contagiosité; par l'absence de tuméfaction des ganglions du cou; par l'absence de vésicules sur les amygdales, les piliers, la paroi postérieure du pharynx; par l'absence de fausses membranes fibrineuses.

Elle diffère de la seconde: par l'absence de période prodromique; par une hyperthermie moins considérable; par l'absence d'empâtement parotidien sous-maxillaire; par l'absence de trismus; enfin par l'absence de fluctuation et de pus.

Le pronostic est toujours assez bénin; les formes de l'angine sont subordonnées à la forme générale de la maladie. Tant vaut le gouteux, tant vaut son angine.

Le traitement consistera en révulsion sur le cou, en lavages ou gargarismes et badigeonnages.

Indépendamment du traitement de l'angine, il faudra instituer le traitement de la goutte.

LÉON VIDAL.

J. DEHAN. — **Les diaphragmes du nez et du naso-pharynx** (*Thèse de Montpellier, 1907*).

Les occlusions des fosses nasales par diaphragmes membraneux bien distinctes des occlusions par diaphragmes osseux, par rétrécissement ou atrophie, par malformations du squelette, sont excessivement rares. L'auteur n'a pu en relever que quelques cas dans la littérature médicale, dont deux inédits: dans l'un, l'oblitération siégeait en arrière de l'orifice choanal, dans le naso-pharynx; dans l'autre, à l'intérieur même de la fosse nasale, à 1 centimètre environ de l'orifice narinal.

Le plus souvent le siège des diaphragmes est du côté des choanes sur le pourtour de cet orifice un peu en avant ou en arrière. L'occlusion membraneuse du nez a pu être observée à tout âge, ce qui contredit l'opinion de Schwendt, de Gougenheim et de Hélar, qui prétendent que c'est seulement chez les enfants que l'oblitération peut être membraneuse.

Cette oblitération est ou congénitale ou acquise. Certains auteurs mettent en doute l'origine congénitale et invoquent l'influence de la syphilis; l'auteur du travail, au contraire, admet que les occlusions membraneuses sont plus souvent congénitales qu'acquises.

La pathogénie de ces lésions est encore bien obscure. Diverses hypothèses expliquant leur formation par excès ou arrêt de développement ont été émises.

L'existence d'un diaphragme membraneux se manifeste par les symptômes fonctionnels de toute obstruction nasale, et leur dia-

gnostic ne peut guère être porté que par l'examen direct : rhinoscopie antérieure et postérieure, toucher pharyngien qui permettent de délimiter leur siège exact et d'en apprécier la nature. On peut dire que la difficulté du diagnostic sera en raison de la difficulté de l'examen rhinoscopique.

L'ablation peut se faire au bistouri à la pince, au galvano-cautère. Cette ablation devra être suivie d'un traitement approprié pour empêcher la membrane de se reformer, car, si les auteurs diffèrent d'avis sur la meilleure méthode à employer pour détruire la membrane, tous s'accordent à reconnaître la difficulté qu'il y a à empêcher la fermeture de l'ouverture réalisée. Le meilleur moyen est la dilatation.

LÉON VIDAL.

F. AUTIÉ. — Les abcès du nez et des fosses nasales (*Thèse de Montpellier, 1907*).

On est convenu d'entendre par abcès du nez les abcès de la cloison; mais, comme le fait remarquer l'auteur, tous les points des parois des fosses nasales peuvent en être le siège. Le but de la thèse, du reste, est de bien mettre en évidence l'existence de diverses variétés d'abcès autres que l'hématome suppuré de la cloison.

L'auteur fait une classification d'après le siège anatomique, et il distingue: les abcès du nez, de la cloison, du plancher, de la paroi externe.

Dans le premier groupe sont compris: les furoncles de l'aile, les abcès des os propres, les abcès de l'aile, dont une observation inédite, les abcès enkystés du lobule. Le point commun à tous les abcès est la complication bien connue et légitimement redoutée: la thrombo-phlébite de la faciale se propageant aux sinus caverneux.

Le deuxième groupe se subdivise en deux:

Abcès aigus comprenant l'hématome suppuré, l'abcès dans les maladies infectieuses et l'abcès dit idiopathique.

Abcès chroniques de nature surtout tuberculeuse, parfois syphilitique.

Le troisième groupe est surtout constitué par les abcès d'origine dentaire; le voisinage du cul-de-sac alvéolaire près du plancher des fosses nasales explique la migration d'abcès dentaires en ce point. Ce fait sera d'autant plus facile à comprendre que, dans certains cas, par une disposition congénitale ou acquise, la migration des dents, ces dernières arrivent au contact du plancher nasal et par-

fois émergent sur lui. A ce troisième groupe se rapportent aussi quelques abcès d'origine syphilitique et des abcès par infection banale directe.

Enfin, dans les abcès de la paroi externe, l'auteur fait entrer les cas d'empyème ethmoïdal limité, les cas d'ethmoïdite bullaire suppurée (bullite), les cas d'hypertrophie bulleuse suppurée et les abcès par corps étranger, auxquels il faut adjoindre les abcès consécutifs aux injections de paraffine.

Les principaux symptômes de ces abcès en général sont : l'obstruction nasale plus ou moins marquée. Dans certains cas, quelques phénomènes douloureux viennent compliquer ces symptômes. L'évolution se fait d'ordinaire sans fièvre. Le diagnostic différentiel se fera avec les polypes, les hypertrophies des cornets, la déviation de la cloison, le carcinome des fosses nasales, les sinusites et les ethmoïdites.

Le traitement comporte l'intervention chirurgicale aussi rapide que possible, au moyen du bistouri ou du galvanocautère.

LÉON VIDAL.

WEILL. — Des phlegmons de l'orbite consécutifs aux sinusites frontales (Thèse de Montpellier, 1907).

Dans les deux premiers chapitres, qu'il est inutile d'analyser longuement, l'auteur étudie l'anatomie du sinus frontal, l'étiologie et la symptomatologie des sinusites frontales.

Dans le troisième chapitre, l'auteur s'attache à passer en revue les complications orbitaires des sinusites frontales, et il arrive aux conclusions suivantes : que le phlegmon de l'orbite consécutif à la sinusite frontale est rare. Dans la statistique de Germann portant sur 18 cas de phlegmon orbitaire consécutif aux sinusites de la face, une seule fois il s'agissait de sinusite frontale.

Le phlegmon orbitaire est provoqué dans la plupart des cas par une ostéopériostite de la voûte orbitaire, ostéopériostite due à une propagation de l'inflammation au sinus frontal. Par contre, la propagation par la voie veineuse est exceptionnelle.

Il est relativement facile de diagnostiquer un phlegmon de l'orbite, mais diagnostiquer sa cause est quelquefois impossible, du moins très difficile ; et cependant les symptômes des sinusites frontales sont nombreux. La certitude ne peut être obtenue que par une exploration, qui est déjà une petite opération ; mais pratiquement on peut poser le diagnostic en se contentant de deux signes : la douleur et la rhinorrhée. On ne confondra pas une sinu-

site maxillaire avec une sinusite frontale, afin d'opérer à bon escient.

Le traitement sera chirurgical ; il s'adressera au phlegmon orbitaire d'abord et ensuite à la sinusite. La trépanation frontale sera suivie d'un curettage méthodique et d'un drainage fronto-nasal.

LÉON VIDAL.

TH. COUASNOU. — **Contribution à l'étude du traitement des rétrécissements infranchissables de l'œsophage par le cathétérisme rétrograde** (Thèse de Paris, 1906-1907, 114 p. ; Bonvalot-Jouve, édit.).

Actuellement deux méthodes générales restent en présence pour soulager les malades atteints de rétrécissement de l'œsophage : la première, *dilatation progressive*, est de beaucoup la plus employée ; la deuxième, la *gastrostomie*, grâce aux moyens d'investigation dont on dispose actuellement, grâce surtout à l'œsophagoscopie, est devenue de plus en plus rare ; la gastrostomie est réservée aux cas exceptionnels où le cathétérisme est devenu absolument impossible.

Les *rétrécissements infranchissables* peuvent être spasmodiques, faciles à découvrir à l'aide de l'œsophagoscope ; organiques, justiciables de la gastrostomie ou cicatriciels, ces derniers étant de beaucoup les plus fréquents. Les rétrécissements infranchissables de l'œsophage sont souvent produits par les caustiques liquéfifiants.

La cause de l'imperméabilité de la sténose peut être d'ordre anatomique ou physiologique.

D'ordre *anatomique*, elle est la conséquence de la dilatation qui précède le rétrécissement dans lequel s'égarent les instruments explorateurs, ou celle de l'hypertrophie irrégulière qui déplace la direction du conduit, ou celle d'un diverticule qui précède le rétrécissement.

D'ordre *physiologique*, elle est sous la dépendance d'un élément spasmodique et inflammatoire qui fait contracter l'œsophage à la moindre exploration instrumentale.

Quand des manœuvres répétées et habilement conduites ont montré que le rétrécissement était infranchissable, il faut faire la *gastrostomie* ou le *cathétérisme rétrograde*.

La gastrostomie, dont l'idée revient au Norvégien Egeberg (1837 et qui fut mise en pratique par Sédillot (1849), a d'abord été employée pour soutenir les malades contre l'inanition ; puis Trendelenburg

ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX, T. XXXIV, n° 10, 1908. 32°

1877) utilisa la voie endo stomacale pour pratiquer le cathétérisme rétrograde.

Le traitement typique comporte quatre temps séparés par des intervalles plus ou moins longs : 1° la gastrostomie ; 2° cathétérisme et dilatation rétrograde ; 3° cathétérisme direct aussitôt que possible ; 4° occlusion de la fistule.

D'autres auteurs ont, depuis le professeur Bareta (de Bologne), substitué la gastrotomie à la gastrostomie, méthode qui permet de rétablir en une séance le calibre de l'œsophage et de fermer immédiatement l'estomac.

L'opération se résume en trois temps : 1° gastrotomie ; 2° dilatation ; 3° fermeture de la plaie. Elle est rapide, brillante, heureuse en résultats.

Delagenière a recommandé, au Congrès de chirurgie de 1903, une modification de ce procédé. Pour plus de sûreté, cet auteur termine par une gastrostomie l'opération commencée par une gastrotomie. Le temps intermédiaire à ces deux interventions est réservé au cathétérisme rétrograde et au passage d'une sonde à demeure.

D'une manière générale, le *cathétérisme rétrograde* est une opération facile. Il a fait ses preuves.

Il n'est pas prudent de faire une simple gastrotomie et de fermer l'estomac quand on a pu introduire une sonde.

Nourrir le malade par la sonde stomacale, c'est s'exposer à tous les ennuis de la gastrostomie ; l'idéal serait de conserver l'orifice stomacal pour le cathétérisme et de pouvoir alimenter le malade par la bouche.

On doit conserver pendant très longtemps l'orifice gastrique.

La dilatation progressive doit être menée avec beaucoup de patience et pendant très longtemps.

Le pronostic du rétrécissement de l'œsophage est très grave, et la mort en est souvent la conséquence plus ou moins éloignée.

Mais, dans bien des cas où le cathétérisme a pu être pratiqué par voie rétrograde, même quand il s'agissait de rétrécissements infranchissables, les accidents immédiats ont pu être conjurés et les résultats consécutifs ont été excellents.

ROBERT LEROUX.

GUENON DE MESNARDS. — Rétrécissements congénitaux de la trachée (Thèse de Bordeaux, 1907).

A propos d'une observation communiquée par le professeur Moure à la Société de gynécologie et de pédiatrie, l'auteur a entrepris l'étude des sténoses congénitales de la trachée. Ce rétrécissement

est extrêmement rare, beaucoup plus que les malformations congénitales du larynx, et la littérature n'en compte jusqu'à présent que 3 cas.

Le rétrécissement congénital, dont la formation ne trouve pas une explication suffisante dans le développement embryologique, siège généralement au tiers moyen ou au tiers inférieur de la trachée. Les lésions anatomiques sont variables : tantôt un étranglement (trachée en sablier de Gregor), tantôt une sténose en fourreau de sabre (Meinhardt-Schmidt), tantôt une flexion due à une irrégularité de fond et de situation des cerceaux cartilagineux (Moussous). Cliniquement, cette lésion se manifeste par deux ordres de symptômes :

- 1^o Dyspnée extrême avec cornage et comme conséquences :
- 2^o Troubles de la nutrition. Inanition.

Le diagnostic, basé sur la dyspnée dès la naissance et l'absence de toute autre cause de sténose, conduit à un pronostic fatal, la mort étant la règle. Aucun des traitements employés n'a donné de résultats.

M. PHILIP.

NÉCROLOGIE.

On annonce la mort du Dr Richard HAGEN, professeur d'otologie à l'Université de Leipzig, qui s'était principalement occupé du traitement électrique des affections de l'oreille.

Le Dr SCHADLE de Saint-Paul (États-Unis) a succombé récemment, à l'âge de 69 ans. Il était professeur à l'Université de Minnesota. Ses travaux étaient empreints d'une grande originalité : on se rappelle son étude des relations des empyèmes du sinus maxillaire avec l'asthme et la fièvre des foins.

NOUVELLES.

NOMINATIONS.

Le Dr NAGER est nommé privat docent d'otologie à Zurich.

Le privat docent LANGE a été chargé du service de la polyclinique d'otologie à Greifswald et a reçu à cette occasion le titre de professeur.

Le professeur JURASZ (d'Heidelberg) a été installé le 1^{er} octobre comme professeur ordinaire de laryngologie à l'université de Lemberg.

NOUVELLES DIVERSES.

Le professeur ZAUFAL (de Prague) a pris sa retraite.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

E. HENRARD : Vingt et un cas d'extraction de corps étrangers métalliques de l'œsophage sous l'écran radioscopique. Extrait du *Journal de radiologie*.

DOTT VITTORIO CHE GIGNA : Nuovo tubo guida per tracheobroncoscopia diretta. Extrait de *Liguria medica*, anno II, n° 18, Gênes, 1908.

RÖLLESTON : Relapses in Diphtheria. Extrait de *The British Journal of Children's Diseases*, Aug. 1907.

CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie* ; sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les Inflammations de la Peau :

ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

E
RIS
T.
etc.